

Manual del Afiliado de Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Su cobertura médica y de medicamentos conforme a Buckeye Health Plan — MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Introducción al *Manual del Afiliado*

En este manual, se detalla su cobertura según Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) (Buckeye Health Plan) hasta el 31 de diciembre de 2023. Se explican los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios del programa de exención de servicios en la comunidad y en el hogar (también llamados servicios y apoyo a largo plazo). Los servicios y el apoyo a largo plazo le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a una casa de reposo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Buckeye Community Health Plan, Inc ofrece este plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan). Cuando en este *Manual del Afiliado* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se hace referencia a Buckeye Community Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan).

ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene servicios de idiomas sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711), from 8 a. m. a 8 p. m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

OH3CNCEOC00892S_0000
H0022_001



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Si tiene dificultades para leer o entender este manual o cualquier otra información de Buckeye Health Plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Podemos explicarle la información o brindársela en su idioma principal. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o formatos. Si tiene dificultades de audición o de la vista, podemos brindarle asistencia especial.

En el plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entienda la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en español o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en español o bien en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma (inglés/español) o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Afiliado de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Manual del afiliado de Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) para 2023**Índice**

Capítulo 1: Comenzar como afiliado.....	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	17
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención de salud y otros servicios cubiertos	28
Capítulo 4: Tabla de Beneficios.....	48
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan	103
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid .	124
Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos	132
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	137
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas).....	165
Capítulo 10: Cómo cambiar o cancelar su afiliación en nuestro MyCare Ohio Plan.....	227
Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes.....	236



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Descargo de responsabilidad

- ❖ Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarles beneficios de ambos planes a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Buckeye Health Plan, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame por teléfono al número de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado o bien consulte el *Manual del Afiliado* para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura con Buckeye Health Plan es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima” y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Buckeye Health Plan, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid. También le explica qué debe esperar como afiliado y qué información adicional le enviará Buckeye Health Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Bienvenido a Buckeye Health Plan	7
B. Información sobre Medicare y Medicaid.....	7
B1. Medicare.....	7
B2. Medicaid	7
C. Ventajas de este plan.....	8
D. Área de servicio de Buckeye Health Plan	9
E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan.....	9
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez	10
G. Su plan de atención	11
H. Prima mensual de Buckeye Health Plan	11
I. <i>Manual del Afiliado</i>	11
J. Otra información adicional que le enviaremos	12
J1. Tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan	12
J2. Carta para nuevos afiliados	12
J3. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	13
J4. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	14
J5. Suplemento del <i>Manual del Afiliado</i> o “Manual de Exención”	14
J6. <i>Explicación de Beneficios</i>	14

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación 15

 K1. Privacidad de la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 16



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

A. Bienvenido a Buckeye Health Plan

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), ofrecido por Buckeye Community Health Plan, Inc., es un Medicare-Medicaid Plan. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención y equipos de atención para ayudarlo a coordinar servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Buckeye Health Plan fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para brindarle servicios como parte del programa MyCare Ohio.

MyCare Ohio es un programa de demostración gestionado conjuntamente por el ODM y el Gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid. Con esta iniciativa, el estado y el Gobierno federal quieren probar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de atención de salud de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y Medicaid. Buckeye Health Plan se asegurará de que estos programas trabajen en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para quienes reúnen los siguientes requisitos:

- personas de 65 años o mayores;
- algunas personas menores de 65 años con discapacidades; **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es un programa gestionado por el Gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién reúne los requisitos;
- qué servicios están cubiertos; **y**

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y Medicaid de Ohio deben aprobar Buckeye Health Plan todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- decidimos ofrecerle el plan; **y**
- Medicare y Medicaid de Ohio aprueban el plan.

En el caso de que nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Buckeye Health Plan, incluidos los medicamentos que requieren receta médica. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Buckeye Health Plan lo ayudará a aprovechar al máximo sus beneficios de Medicare y Medicaid. Las siguientes son algunas ventajas:

- Podrá usar un **único** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a armar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita.
- Tendrá acceso a un administrador de atención. Esa es la persona que trabaja con usted, con Buckeye Health Plan y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Formará parte de su equipo de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su administrador de atención.
- El equipo de atención y el administrador de atención trabajarán con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades. El equipo de atención estará a cargo de la coordinación de los servicios que usted necesita. Los siguientes son algunos ejemplos de lo que este equipo puede hacer:

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Se asegurará de que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
- Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Buckeye Health Plan

Buckeye Health Plan está disponible únicamente para las personas que vivan en nuestra área de servicio. Para permanecer afiliado a nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Ohio: Clark, Cuyahoga, Fulton, Geauga, Greene, Lake, Lorain, Lucas, Medina, Montgomery, Ottawa y Wood.

Si se muda, debe informárselo a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado. Si se muda a otro estado, tendrá que solicitar Medicaid en el nuevo estado. Consulte el Capítulo 8, sección J, página 163, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

Usted puede afiliarse a nuestro plan siempre que reúna los requisitos siguientes:

- Usted vive en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que viven en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella) **y**
- Tiene Medicare Parte A, Parte B y Parte D.
- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Tiene 18 años o más en el momento de la inscripción.

Aunque cumpla con los criterios mencionados, usted no reúne los requisitos para afiliarse a Buckeye Health Plan en los siguientes casos:

- Tiene otra cobertura de atención de salud acreditable.
- Tiene una discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo y obtiene servicios a través de una exención o en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Está inscrito en el Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Además, tiene la opción de cancelar su afiliación a Buckeye Health Plan si es miembro de una tribu indígena reconocida por el Gobierno federal.

Si considera que cumple con alguno de los criterios mencionados y no debería ser inscrito, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener asistencia.

F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez

Cuando se inscriba en el plan por primera vez, usted recibirá una evaluación de necesidades de atención de salud dentro de los primeros 15 a 75 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción según su estado de salud. Después de la evaluación, usted y el equipo de atención se reunirán y elaborarán su plan de atención personal.

Un administrador de atención de nuestro plan lo llamará para darle la bienvenida y explicarle sus beneficios. Le hablará sobre sus servicios de atención de salud actuales y responderá cualquier pregunta que pueda tener sobre Buckeye Health Plan. Su administrador de atención también puede programarle una consulta con su proveedor de atención primaria (PCP) si no hizo una consulta recientemente para obtener información adicional que complete su evaluación. Esta evaluación se utilizará para ayudar a nuestro equipo de atención a comprender sus necesidades de atención de salud individuales y desarrollar un plan de atención personal para usted.

Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudarán a determinar qué servicios se ajustan mejor a sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar. Cuando se inscribe en nuestro plan, si está tomando algún medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte D que Buckeye Health Plan no suele cubrir, puede recibir un suministro de transición. Si se considera médicamente necesario, también lo ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que Buckeye Health Plan cubra el medicamento.

Si Buckeye Health Plan es nuevo para usted, puede continuar atendiéndose con sus médicos actuales durante, por lo menos, 90 días después de la afiliación. Además, si ya contaba con aprobación previa para recibir determinados servicios, nuestro plan respetará la aprobación hasta que obtenga los servicios. Esto se denomina “período de transición”. Encontrará más información sobre los períodos de transición en la carta para nuevos afiliados incluida en el *Manual del Afiliado*. Si usted participa en el programa de exención de MyCare Ohio, el suplemento del *Manual del Afiliado* o “Manual de Exención” también tiene más información sobre los períodos de transición para los servicios de exención.

Luego del período de transición, tendrá que consultar a los médicos y otros proveedores de la red de Buckeye Health Plan para obtener la mayoría de los servicios. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, sección D, página 32, para obtener más información



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

sobre cómo obtener atención. El Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.

Si actualmente consulta a un proveedor que no es un proveedor de la red o si ya tiene servicios aprobados o programados, es importante que llame a Servicios al Afiliado de inmediato para que podamos coordinar los servicios y evitar problemas de facturación.

G. Su plan de atención

El plan de atención es el plan sobre qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá.

Luego de la evaluación de necesidades de atención de salud, el equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios de salud necesita y quiere. Juntos, usted y el equipo de atención crearán el plan de atención.

El equipo de atención colaborará continuamente con usted para actualizar el plan de atención para prestar los servicios que necesita y prefiere.

H. Prima mensual de Buckeye Health Plan

Buckeye Health Plan no tiene una prima mensual.

I. *Manual del Afiliado*

Este *Manual del Afiliado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestro proceder. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172. También puede llamar por teléfono al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir un *Manual del afiliado* llamando a Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede ver el *Manual del Afiliado* en mmp.buckeyehealthplan.com o bien descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Buckeye Health Plan, entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

J. Otra información adicional que le enviaremos

Recibirá una tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye Health Plan, una carta para nuevos miembros con información importante e información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* y a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Los afiliados inscritos en un programa de exención para servicios comunitarios y en el hogar recibirán, además del *Manual del Afiliado*, un suplemento que brinda información específica sobre los servicios de exención. Si no recibe alguno de estos documentos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener asistencia.

J1. Tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan

Con el programa MyCare Ohio, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo y las recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas cubiertas por el plan. Esta es una muestra de la tarjeta para que vea cómo será la que recibirá:

 MyCareOhio Connecting Medicare + Medicaid		 Prescription Drug Coverage	
Member Name: [Cardholder Name]	RxBIN: [004336]	Member Services: [1-866-549-8289 (TTY: 711)]	Eligibility Verification: [1-866-246-4358]
Member ID: [Cardholder ID#]	RxPCN: [MEDDMCDOH]	Behavioral Health Crisis: [1-866-549-8289]	Pharmacy Help Desk: [1-888-865-6567]
MMIS Number: [Medicaid Recipient ID#]	RxGRP: [RX8141]	Care Management: [1-866-549-8289]	Claim Inquiry: [1-866-246-4358]
		24-Hour Nurse Advice: [1-866-549-8289]	Pharmacy Prior Auth: [1-800-867-6564]
MEMBER CANNOT BE CHARGED Cost sharing/Copays: \$0 for covered medical and Rx services		Website: [mmp.buckeyehealthplan.com]	
PCP Name: [PCP Name]		Send claims to: [Medical Claims: Pharmacy Claims: Buckeye Health Plan Buckeye Health Plan PO Box 3060 PO Box 31577 Farmington, MO 63640 Tampa, FL 33631-3577]	
PCP Phone: [PCP Phone]			
H0022 001			

Si su tarjeta se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una nueva.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesita para obtener los servicios. Ya no recibirá una tarjeta de Medicaid mensual. Tampoco tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación a afiliado de Buckeye Health Plan, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, página 133 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Carta para nuevos afiliados

Asegúrese de leer la carta para nuevos afiliados que le enviamos junto con el *Manual del Afiliado*, ya que allí puede consultar información importante rápidamente. Por ejemplo, tiene información sobre cuestiones como cuándo puede obtener los servicios de proveedores que no están incluidos en nuestra red, servicios previamente aprobados, servicios de transporte y los requisitos que debe reunir para afiliarse a MyCare Ohio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



J3. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Buckeye Health Plan. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar los proveedores y las farmacias de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, por ejemplo, cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez (consulte la página 10) y para ciertos servicios (consulte el Capítulo 3 sección A, página 32).

Puede solicitar en cualquier momento, un *Directorio de Farmacias y Proveedores* impreso, llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede ver el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en mmp.buckeyehealthplan.com o bien descargarlo desde este sitio web. El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores de la red.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Buckeye Health Plan incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan;
 - agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o Medicaid.

Para obtener una lista completa de los proveedores de la red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

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

Estos proveedores no deberían facturarle directamente los servicios cubiertos por el plan. Para obtener información sobre facturas de proveedores de la red, consulte el Capítulo 7, sección A 133.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado surtir las recetas médicas para los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para encontrar la farmacia de la red en la que prefiere surtir sus recetas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan las pague. Si no se trata de una emergencia, puede pedirnos con anticipación que lo autoricemos a comprar en una farmacia fuera de la red.

J4. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. En esta lista, se indican qué medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por Buckeye Health Plan.

También se informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, sección C, página 113, para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en mmp.buckeyehealthplan.com o bien llamar por teléfono a Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

J5. Suplemento del Manual del Afiliado o “Manual de Exención”

Este suplemento brinda información adicional a los afiliados inscritos en un programa de exención para servicios comunitarios y en el hogar. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y las responsabilidades de los afiliados, el desarrollo del plan de servicio, la administración de la atención, la coordinación de los servicios de exención y el informe de incidentes.

J6. Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

La Explicación de Beneficios le informa el monto total que nosotros, u otras personas en su nombre, hemos pagado por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D durante el mes. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona que receta sobre estas opciones más económicas. En el Capítulo 6, sección A, página 126 se brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



También se encuentra disponible una EOB si lo solicita. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

Puede mantener su registro de afiliación actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos. Llame por teléfono en los siguientes casos:

- La línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar por teléfono al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 1-800-292-3572.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las farmacias y los proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta, **ya que utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de copago por medicamentos que le corresponden**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su esposo o pareja, o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- La admisión en un hospital o una casa de reposo.
- La atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted).
- La participación en un estudio de investigación clínica (NOTA: no está obligado a informar a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).
- Si tiene que consultar a un proveedor por una lesión o enfermedad que puede haber sido causada por otra persona o compañía. Por ejemplo, si sufre daños a raíz de un accidente automovilístico o una mordedura de perro, o si se resbala y se cae en una tienda, es posible que otra persona o compañía tengan que pagar sus gastos médicos. Cuando llame, necesitaremos el nombre de la persona o la compañía culpable y la información de las compañías de seguro o los abogados involucrados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Si cambia algún dato, infórmenos llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

También puede actualizar su información en nuestro sitio web, mmp.buckeyehealthplan.com. Haga clic en el botón “Login” (Ingresar). Ingrese o cree una cuenta nueva. Luego envíenos un mensaje seguro. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas o necesita ayuda.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información que aparece en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, sección D, página 143.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo se brinda la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder las preguntas que tenga sobre Buckeye Health Plan, el estado de Ohio, Medicare y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de atención y otras personas que puedan actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan	18
A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado	18
B. Cómo comunicarse con el administrador de atención	21
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas	22
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	22
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 horas.....	23
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento	23
E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	24
E1. Cuándo comunicarse con Livanta	24
F. Cómo comunicarse con Medicare.....	25
G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio	26
H. Cómo comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio	27

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



A. Cómo comunicarse con Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan

LLAME AL	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-866-704-3064.
POR CORREO	<p>Buckeye Health Plan - MyCare Ohio</p> <p>4349 Easton Way, Suite 120</p> <p>Columbus, OH 43219</p> <p>Si nos envía una apelación o una queja, puede usar el formulario del Capítulo 9. página 221 También puede escribirnos una carta para contarnos sobre su inquietud, problema, queja o apelación.</p>
SITIO WEB	mmp.buckeyehealthplan.com

A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos o facturación de proveedores.
- Tarjetas de identificación de afiliado.
 - Infórmenos si no recibió su tarjeta de identificación de afiliado o si la perdió.
- Cómo encontrar proveedores de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Esto incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
- Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo.
 - En algunos casos, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y sus necesidades básicas de la vida. Si Medicaid de Ohio y Buckeye Health Plan consideran que es necesario, usted puede recibir servicios de residencia asistida, servicios domésticos, atención personal, comidas, equipo de adaptación, respuesta de emergencia y otros servicios.
- Cómo entender la información de su *Manual del Afiliado*.
- Recomendaciones sobre aspectos que usted considera que deberíamos cambiar.
- Otra información sobre Buckeye Health Plan.
 - Puede pedir más información sobre nuestro plan, incluida información relacionada con la estructura y la operación de Buckeye Health Plan y de cualquier plan de incentivo para médicos que tengamos.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud y los medicamentos.
 - Una decisión de cobertura es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios y los servicios y medicamentos cubiertos;
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud y medicamentos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, sección D, página 172.
- Apelaciones sobre la atención de salud y los medicamentos.
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura, y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección D, página 172.
- Quejas sobre la atención de salud y los medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la sección E a continuación, página 24).
- Si la queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con la atención médica o los medicamentos, usted puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba página 18).
- Puede enviar una queja sobre Buckeye Health Plan directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Puede enviar una queja sobre Buckeye Health Plan directamente a Medicaid de Ohio. Llame por teléfono al 1-800-324-8680. La llamada es gratuita. Consulte la página 25 para conocer otras maneras de comunicarse con Medicaid de Ohio.
- Puede enviar una queja sobre Buckeye Health Plan a la Defensoría de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. La llamada es gratuita.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 9, sección J, página 217.
- Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos ayuda con un servicio que pagó o bien para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, sección A, página 133.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, sección E5, página 189.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

B. Cómo comunicarse con el administrador de atención

Un administrador de atención trabajará con usted para elaborar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Esta persona ayuda a coordinar a todos sus proveedores, servicios y apoyo. Trabjará con usted, sus médicos y el equipo de atención para asegurarse de que obtenga la atención que necesita. Usted tendrá acceso a un administrador de atención que se le asignará automáticamente. Para comunicarse con su administrador de atención o cambiarlo, llame a los números de teléfono que se indican a continuación:

LLAME AL	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea del administrador de atención se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, su llamada será atendida por nuestra Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La línea del administrador de atención se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, su llamada será atendida por nuestra Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas.</p>
POR FAX	1-866-704-3064.
POR CORREO	<p>Buckeye Health Plan - MyCare Ohio</p> <p>4349 Easton Way, Suite 120</p> <p>Columbus, OH 43219</p>
SITIO WEB	mmp.buckeyehealthplan.com

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas

La Línea de Consultas con Enfermeras es un recurso valioso que se brinda a los afiliados a Buckeye Health Plan, pero no debe sustituir la visita al proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Esta línea brinda orientación sobre cómo usar la atención de salud y le proporciona información sobre las opciones de tratamiento y los recursos disponibles. Las llamadas a la Línea de Consultas con Enfermeras son gratuitas.

LLAME AL	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre la atención de salud.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 horas

La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento es para los afiliados que necesitan hablar urgentemente con un especialista en salud mental o en abuso de sustancias.

LLAME AL	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una organización llamada “Livanta” es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de Ohio. Está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900.
TTY	1-888-985-8775 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

E1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Preguntas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar una queja sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto;
 - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



F. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros para enfermos terminales.</p> <p>Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio

Medicaid ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, además de costos médicos. Medicaid de Ohio paga las primas de Medicare de determinadas personas y paga los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, excepto las recetas médicas. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo, como los del programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar, y los servicios de residencia asistida y la atención en una casa de reposo a largo plazo. También cubre servicios dentales y de la vista.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Buckeye Health Plan brinda sus servicios cubiertos por Medicaid a través de un acuerdo de proveedores con Medicaid de Ohio. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid de Ohio.

LLAME AL	1-800-324-8680. La llamada es gratuita. La línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-292-3572. La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. El número de TTY de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
POR CORREO	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215
POR CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
SITIO WEB	www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare

También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local si tiene preguntas o necesita hacer cambios en su información, como su dirección, sus ingresos o su seguro. La información de contacto está disponible en línea, en: ifs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

H. Cómo comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio

La Defensoría de MyCare Ohio actúa como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o bien una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. MyCare Ohio Ombudsman también lo ayuda con las inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención. La ayuda está disponible para resolver disputas con proveedores, proteger sus derechos y presentar quejas o apelaciones ante nuestro plan.

La Defensoría de MyCare Ohio trabaja en conjunto con la oficina de la Defensoría de Atención a Largo Plazo del estado, que defiende a los consumidores que reciben servicios y apoyo a largo plazo. La Defensoría de MyCare Ohio no está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-282-1206. La llamada es gratuita. La Defensoría de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio: 1-800-750-0750. La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 246 N. High Street, 1st Floor Columbus, Ohio 43215-2406
SITIO WEB	www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman Puede presentar su queja en línea, en aging.ohio.gov/Contact .

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que usted necesita conocer para obtener atención de salud y otros servicios cubiertos de Buckeye Health Plan. Aquí también se ofrece información acerca de su administrador de atención, cómo obtener atención de los diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer cuando los servicios cubiertos por nuestro plan se le facturan directamente a usted y cuáles son las reglas para ser propietario de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores”, “proveedores de la red” y “farmacias de la red”	30
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	30
C. Información sobre el equipo de atención y el administrador de atención	32
C1. Qué es la administración de la atención.....	32
C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención	32
C3. Cómo se relacionará con el administrador de atención y el equipo de atención	32
C4. Cómo cambiar su administrador de atención	33
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red.....	33
D1. Atención de un proveedor de atención primaria.....	33
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	35
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan.....	35
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	36

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo	37
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	37
G. Cómo obtener servicios de transporte.....	37
G1. Cómo obtener servicios de transporte.....	37
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre.....	38
H1. Atención si tiene una emergencia médica.....	38
H2. Atención requerida de urgencia	41
H3. Atención en caso de desastre	42
I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	42
I1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios	42
J. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica	43
J1. Definición de estudio de investigación clínica	43
J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica.....	43
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	44
K. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud.....	44
K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud	44
K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud	44
L. Equipo médico duradero (DME).....	45
L1. DME para el afiliado a nuestro plan.....	45
L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage.....	46
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan	46
L4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	47



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 29

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores”, “proveedores de la red” y “farmacias de la red”

Los servicios son la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, la salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención médica cubierta y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, sección D, página 52.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es cuando usted tiene una responsabilidad de pago del paciente por los servicios de exención o recibidos en un centro de enfermería. Consulte el Capítulo 4, sección C, página 50 para obtener más información.

Las farmacias de la red son farmacias (tienda de medicamentos) que aceptan surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan directamente las recetas médicas que usted obtiene. Cuando usa una farmacia de la red, usted no paga nada por sus medicamentos que requieren receta médica. Consulte el Capítulo 6, sección C3, página 128 para obtener más información.

B. Reglas para obtener atención de salud, atención de la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Buckeye Health Plan cubre los servicios de atención de salud incluidos en Medicare y Medicaid. Estos incluyen servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

En general, Buckeye Health Plan paga por la atención de salud y los servicios que obtiene usted si sigue las reglas del plan. Para que el plan le ofrezca cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4, sección D, página 52 para obtener información sobre los beneficios cubiertos, incluida la Tabla de Beneficios del plan.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que usted necesita los servicios, los suministros o los medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



suministros, los equipos o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

- La atención que recibe debe tener autorización previa de Buckeye Health Plan cuando sea necesario. Para algunos servicios, su proveedor debe enviarle información a Buckeye Health Plan y solicitar la aprobación para que usted obtenga el servicio. Esto se denomina autorización previa (PA). Consulte la tabla en el Capítulo 4, sección C, página 52 para obtener más información.
- Debe elegir un proveedor de la red como su **proveedor de atención primaria (PCP)** para que coordine su atención médica. Si bien no necesita aprobación (es decir, una remisión) de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de ver a un especialista o luego de una visita a un departamento de emergencias o urgencias. Esto le permite a su PCP coordinar su atención para obtener los mejores resultados.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 33.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan (es decir, un proveedor fuera de la red). Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Se cubre la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o requerida de urgencia, consulte la sección I, página 42.
 - Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Por lo general, se requiere autorización previa del plan para los servicios fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención sin cargo para usted. Si quiere información acerca de cómo obtener la aprobación para ser atendido por un proveedor fuera de la red, consulte la sección D, página 33.
 - Se cubren los servicios que usted recibió fuera de la red en centros de salud federalmente calificados, en clínicas de salud rurales y de proveedores de servicios de planificación familiar calificados, que se enumeran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
 - Si usted recibe servicios de exención de residencia asistida o servicios en un centro de enfermería a largo plazo de un proveedor fuera de la red el día que se inscribe en el plan o previamente, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede acceder a él durante un breve período de tiempo. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda continuar consultando a sus proveedores fuera de la red actuales durante un período después de su inscripción. Esto se denomina “período de transición”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, sección F, página 37 de este manual y su carta para nuevos miembros.

C. Información sobre el equipo de atención y el administrador de atención

El equipo de atención está compuesto por un administrador de atención de Buckeye Health Plan junto con cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), sus proveedores y, principalmente, usted. Los administradores de atención se encargan de garantizar que usted obtenga los mejores resultados en la atención. Para garantizar que el administrador de atención entienda sus necesidades de atención de salud, le hará preguntas sobre su atención de salud actual. De este modo, se asegurará de que usted reciba la coordinación de atención adecuada. La coordinación de atención es la forma en que el equipo de atención trabaja con usted, su familia y sus proveedores para garantizar la coordinación de todas sus necesidades. Nuestros administradores de atención les proporcionan información a usted y a sus proveedores para asegurarse de que usted reciba el tratamiento más adecuado.

El administrador de atención lo ayuda a coordinar todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Trabjará con usted, su familia, los servicios de apoyo comunitario y sus médicos para desarrollar un plan de atención y ayudarlo a encontrar los recursos comunitarios para los servicios no cubiertos por Buckeye Health Plan.

C1. Qué es la administración de la atención

La administración de la atención es un programa que utiliza Buckeye Health Plan para coordinar la atención de nuestros afiliados.

C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención

Puede comunicarse con su administrador de atención al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

C3. Cómo se relacionará con el administrador de atención y el equipo de atención

Nuestros administradores de atención y el equipo de atención trabajarán con usted para coordinar sus necesidades de atención. Se encargan de garantizar que usted obtenga los mejores resultados en la atención de salud.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

C4. Cómo cambiar su administrador de atención

Si quiere cambiar de administrador de atención, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y coordine su atención.

Qué es un PCP y qué hace por usted

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos de Ohio para ser un PCP y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá de su PCP atención básica o de rutina.

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes proveedores o, en determinadas circunstancias (p. ej., embarazo), puede ser incluso un especialista:

- medicina familiar;
- medicina interna;
- medicina general;
- obstetra (OB, por sus siglas en inglés) o ginecólogo (GYN, por sus siglas en inglés);
- geriatría;
- pediatría;
- enfermero especializado con práctica médica (CNP, por sus siglas en inglés) o asistente médico (PA, por sus siglas en inglés) certificados;
- centro de salud federalmente calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) o clínica de salud rural (RHC, por sus siglas en inglés).

Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado al plan. Si es necesario, el PCP lo remitirá a otros médicos (especialistas) o indicará que lo admitan en el hospital.

- El PCP determina qué especialistas y hospitales lo atenderán porque están asociados con ciertos especialistas y hospitales de nuestra red.
- Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas;
- admisiones en el hospital;
- atención de seguimiento.

Coordinar los servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o especialista deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa).

Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, Sección D, página 143, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal.

Una vez que esté inscrito en Buckeye Health Plan, su PCP, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), elaborará un plan de atención personalizado diseñado especialmente para usted. Su administrador de atención trabajará con usted y su PCP para desarrollar su plan de atención y asegurarse de que reciba la atención que necesita. Su PCP es responsable de coordinar toda la atención médica y de recurrir a otros especialistas, si es necesario. Su plan de atención incluirá todos los servicios que su PCP o el administrador de atención del plan hayan autorizado para que usted reciba como afiliado a Buckeye Health Plan. Para garantizar que usted reciba siempre la atención más adecuada, su PCP o un miembro del equipo de administración de la atención revisan, aprueban y autorizan cambios en el plan de atención, ya sea que se agreguen, cambien o interrumpen los servicios. Su PCP o el administrador de atención reevalúan sus necesidades, por lo menos, cada 365 días o con más frecuencia si es necesario.

Su elección del PCP

Puede elegir a cualquiera de los PCP de la red que se enumeran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Revise nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para elegir su PCP. Puede comunicarse con Servicios al Afiliado llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo. Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red en cualquier momento, hasta una vez por mes. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su proveedor deja nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Si quiere cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Se le emitirá otra tarjeta de identificación en la que figure el nuevo PCP. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

En ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar brindándole atención luego de abandonar nuestra red. Para obtener detalles específicos, comuníquese con el plan.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Es muy importante hablar con su PCP antes de ver a un especialista o a determinados proveedores. El PCP puede ayudarlo a coordinar la visita al especialista. Si un especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, el especialista solicitará autorización previa directamente a Buckeye Health Plan. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 sección D, página 52 de este manual.

Si quiere visitar a especialistas específicos, consulte si su PCP remite pacientes a esos especialistas. El PCP del plan usa determinados especialistas del plan para las remisiones porque están asociados con ciertos especialistas y hospitales de nuestra red. Esto significa que el PCP que usted elija puede ayudar a determinar los especialistas que usted puede consultar. Si quiere consultar a un especialista del plan al que su PCP no lo remite, puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Consulte la sección anterior, “Cómo cambiar de PCP”, en la que brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP. Si quiere acudir a hospitales específicos, debe averiguar si los médicos que consultará atienden en esos hospitales.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted consulta puede abandonar el plan. Si uno de sus proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento médicamente necesario.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red a su alcance, debemos coordinar un especialista fuera de la red para brindarle atención.
- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que no recibe la atención correcta, tiene derecho a presentar una queja. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a coordinar su atención. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles dentro de la red. Para que los servicios de un proveedor fuera de la red estén cubiertos, su proveedor de la red (generalmente, su PCP) debe solicitar autorización previa (aprobación por adelantado) a Buckeye Health Plan.

Todas las solicitudes de autorización previa serán revisadas por un administrador de atención capacitado para entender la atención que usted recibiría de un especialista. Además, tratará de determinar si los servicios necesarios están disponibles dentro de la red de especialistas de Buckeye Health Plan.

Si el servicio no se encuentra disponible dentro de la red de nuestro plan, se aprobará su solicitud. Es posible que existan ciertas limitaciones en la aprobación, como una consulta inicial, o un tipo o una cantidad de servicios específicos. Si los servicios del especialista se encuentran disponibles dentro de la red de su plan, la solicitud de servicios fuera de la red puede denegarse por tratarse de “servicios disponibles en la red”. Al igual que con cualquier denegación, usted puede apelar la determinación.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumple con los requisitos para participar en Medicare o Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

- Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted posiblemente deba pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos para participar en Medicare.

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo

Los servicios y apoyo a largo plazo se encuentran disponibles para todos los afiliados de Buckeye Health Plan que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Para obtener servicios y apoyo a largo plazo, puede comunicarse con su administrador de atención, el administrador de servicios de exención o su PCP. Un administrador de servicios y apoyo a largo plazo (exención) trabajará con usted y su equipo de atención para identificar qué servicios son adecuados para satisfacer sus necesidades. Puede elegir su administrador de servicios y apoyo a largo plazo (exención) de los proveedores de la red.

Si ya recibe servicios y apoyo a largo plazo, su administrador de atención de Buckeye Health Plan trabajará con sus proveedores para asegurarse de que no se interrumpa su atención.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento se encuentran disponibles para todos los afiliados de Buckeye Health Plan. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describe en el Capítulo 4 están cubiertos con un proveedor de la red, con autorización previa. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 sección D, página 52 de este manual. Para obtener otros servicios de salud conductual, comuníquese con su administrador de atención o su PCP.

G. Cómo obtener servicios de transporte

G1. Cómo obtener servicios de transporte

- Número de teléfono para coordinar los servicios.
 - Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) para programar el transporte. Si bien el horario de atención normal es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, siempre tenemos personal limitado disponible fuera del horario de atención y los fines de semana/feriados para atender las necesidades de transporte de emergencia de los afiliados.
- Requisitos de notificación por adelantado.
 - Las solicitudes de transporte que no sean de emergencia se deben realizar con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Cobertura de transporte.
 - Buckeye Health Plan ofrece transporte ilimitado a todos los miembros (hombres, mujeres y niños) para todas las necesidades de transporte cubiertas por nuestro plan de beneficios.
 - Una muestra de viajes cubiertos por nuestro plan de beneficios incluye citas médicas, viajes a la farmacia y varios tipos de viajes “no médicos”, como citas de redeterminación, entrevistas laborales y viajes a la Autoridad de Vivienda. Además, ofrecemos a cada miembro diez viajes de ida por año a bancos de alimentos o tiendas de comestibles.
 - Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para obtener servicios de atención médicos cubiertos, Buckeye Health Plan le brindará el transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor.
- Transporte de exención.
 - Para obtener información específica sobre los servicios de transporte de exención, llame a su administrador de servicios de exención.

Además de la asistencia para el transporte que Buckeye Health Plan le brinda, usted puede obtener ayuda con el transporte para ciertos servicios a través del programa de transporte que no es de emergencia (NET, por sus siglas en inglés). Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET.

H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre

H1. Atención si tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas, como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud o, si es mujer y está embarazada, la del niño por nacer.
- Un daño grave a las funciones del cuerpo.
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
- El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias, al hospital más cercano o a otro entorno apropiado. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted no necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP o de Buckeye Health Plan. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- Asegúrese de informarle al proveedor que está afiliado a Buckeye Health Plan. Muéstrole al proveedor su tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Además, si el hospital lo admite como paciente internado, asegúrese de llamar a Buckeye Health Plan dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Puede comunicarse con su administrador de atención al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 52.

Sus proveedores de atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y cuándo finaliza la emergencia médica. Ellos seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible. Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que dio lugar a la emergencia, el proveedor debe



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

llamar a su administrador de atención al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Si notifica a su administrador de atención, se asegurará de obtener la atención de seguimiento necesaria para estabilizar su afección o para evitar que vuelva a manifestarse. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

Qué debe hacer si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento

Definición de emergencia de salud del comportamiento

Una emergencia relacionada con la salud del comportamiento se produce cuando una afección de la salud mental con síntomas como alucinaciones, delirios o cambios de humor los pone a usted o a otra persona en riesgo de daño grave. La afección es tan grave que, si no recibe tratamiento inmediato, los síntomas podrían ocasionar cualquiera de los siguientes resultados:

- intento de suicidio o daño autoinfligido grave;
- intento de dañar a otra persona;
- pérdida de la capacidad para velar por su cuidado o su seguridad;
- orden de internación en un hospital psiquiátrico.

Si tiene una emergencia de salud del comportamiento, llame a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. También puede llamar a su administrador de atención, al administrador de atención de salud del comportamiento o a la Línea para Casos de Crisis de la autoridad local de salud mental (LMHA, por sus siglas en inglés). Comuníquese con su administrador de atención o el administrador de casos de atención de salud del comportamiento para obtener más información.

Si tiene una emergencia médica de riesgo vital, llame al 911.

Si obtiene atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud o la salud de su hijo por nacer estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, luego de que el médico indique que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional solo en estas situaciones:

- Es atendido por un proveedor de la red o

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- La atención adicional que recibe se considera “atención requerida de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

H2. Atención requerida de urgencia

Definición de atención requerida de urgencia

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta severo que se produce durante el fin de semana y que necesite tratamiento.

Atención requerida de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención requerida de urgencia solo si cumple estas dos condiciones:

- obtiene esta atención de un proveedor de la red;
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos la atención requerida de urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios requeridos de urgencia, debe dirigirse al centro de atención de urgencia más cercano que esté abierto. Si busca atención de urgencia en nuestra área de servicio, debe consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para ver una lista de los centros de atención de urgencia en la red de su plan o visitar mmp.buckeyehealthplan.com.

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si requiere servicios de urgencia, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), para ponerse en contacto con los servicios de la Línea de asesoramiento de enfermería. Como afiliado a Buckeye Health Plan, tiene acceso a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

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

Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos o sus territorios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

H3. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de Buckeye Health Plan, incluso en esa situación.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web: mmp.buckeyehealthplan.com.

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el sección A8, página 110 para obtener más información.

I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan

Los proveedores deben facturarnos los servicios cubiertos que le brindan a usted. Los proveedores no deberían facturarle los servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía una factura por un servicio cubierto en vez de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado lo antes posible para brindarnos la información de la factura.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda hacerle un reembolso.

Si un proveedor o una farmacia quieren que pague servicios cubiertos, si ya pagó servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios cubiertos, **consulte el Capítulo 7, sección A, página 133 para saber qué debe hacer.**

I1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios

Buckeye Health Plan cubre todos los servicios con las siguientes características:

- son médicamente necesarios;
- se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, sección D, página 52) y
- se obtienen al seguir las reglas del plan.

Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **es posible que deba pagar el costo total.**

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

En el Capítulo 9, sección D, página 172 se explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También le explica cómo presentar una apelación de la decisión de cobertura del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Además, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si no tiene PA de Buckeye Health Plan para pasarse del límite, es posible que tenga que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer esos límites, qué tan cerca se encuentra de alcanzarlos y qué debe hacer su proveedor para solicitar la aprobación para exceder el límite si lo considera médicamente necesario.

J. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado “estudio clínico”) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos necesarios. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted tendrá que estar inscrito en nuestro plan. De esta forma, continúa obteniendo la atención del plan que no está relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores.

Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.

Lo animamos a que nos informe antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de atención deben comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos que participará en un estudio clínico.

J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si es voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará ninguno de los servicios cubiertos en el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización cubiertos por Medicare aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forman parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y Estudios de Investigación Clínica), en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud

K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención de salud.

Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes internados de Medicare Parte A (servicios de atención de salud no médicos).

K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que usted se opone a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- Un tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención voluntaria y no exigida por ninguna ley local, estatal o federal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención médica que no sea voluntaria y se exija conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Se cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria para pacientes internados si el plan lo autoriza. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 52.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME para el afiliado a nuestro plan

El DME incluye determinados artículos solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de algunos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como afiliado a Buckeye Health Plan, en general, usted no será propietario del DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Aunque haya tenido el DME durante 12 meses consecutivos mientras estaba afiliado a Medicare antes de haberse afiliado a nuestro plan, no será propietario del equipo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. En un plan Medicare Advantage, el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados DME antes de convertirse en propietarios de esos equipos.

Nota: Puede encontrar las definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2023*. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan Medicare Advantage para ser propietario del DME en los siguientes casos:

- No obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan.
- Abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o a Medicare Advantage no cuentan como parte de los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos a Original Medicare, o la cantidad de pagos consecutivos nuevos que fije el plan Medicare Advantage, para ser propietario del DME.
- No haremos excepciones a este caso cuando vuelva a afiliarse a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage.

L3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan

Si usted califica para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y está afiliado a nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- el alquiler del equipo de oxígeno;
- el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

L4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, le alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados con anterioridad.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**:

- su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno y los suministros hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de otro proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- usted alquilará el equipo de un proveedor durante 36 meses;
- el proveedor debe entonces proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia al plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá lo que cubre Original Medicare como mínimo. Puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles son los costos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo, se informa sobre los servicios que cubre Buckeye Health Plan y todas las restricciones o los límites que tienen esos servicios. También se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Los servicios cubiertos.....	48
A1. Durante emergencias de salud pública	49
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios.....	50
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	50
D. La Tabla de Beneficios	52
D1. Visitas preventivas	52
D2. Exámenes y servicios preventivos.....	53
D3. Otros servicios.....	59
E. Servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio	99
F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye Health Plan.....	99
F1. Cuidado de enfermos terminales	99
G. Beneficios no cubiertos por Buckeye Health Plan, Medicare o Medicaid.....	100

A. Los servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre Buckeye Health Plan, cómo acceder a los servicios y si hay algún límite para los servicios. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, sección A, página 106 y la información sobre lo que usted paga por los medicamentos está en el Capítulo 6, sección C3, página 128.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Debido a que usted obtiene asistencia de Medicaid, en general, no tendrá que pagar los servicios cubiertos que se explican en este capítulo mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, sección B, página 30 para obtener más información sobre las reglas del plan. Sin embargo, es posible que tenga que pagar una “responsabilidad del paciente” por los servicios de exención o recibidos en un centro de enfermería cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.

Si necesita ayuda para entender cuáles son los servicios cubiertos o cómo acceder a los servicios, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a su administrador de atención de salud al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

A1. Durante emergencias de salud pública

Buckeye Health Plan seguirá todos y cada uno de los lineamientos estatales o federales relacionados con una emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros miembros. La cobertura puede variar según los servicios recibidos y la duración de la PHE. Para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una PHE, visite nuestro sitio web en mmp.buckeyehealthplan.com o llame a la Línea de Consultas con Enfermeras. Puede comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Buckeye Health Plan cubrirá todas las pruebas para diagnosticar COVID-19, los tratamientos y las vacunas contra esta enfermedad sin copagos.

Pruebas para diagnosticar la COVID-19

Puede buscar en línea los lugares donde se hacen pruebas para diagnosticar la COVID-19 en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers.

Vacunas contra la COVID-19

El Departamento de Salud de Ohio (ODH, por sus siglas en inglés) tiene una herramienta de búsqueda que puede usar para encontrar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio por condado y por código postal. Se muestran los proveedores que actualmente reciben vacunas contra la COVID-19. Puede obtener información y ver los centros de vacunación en vaccine.coronavirus.ohio.gov/ o llamando al número gratuito de ODH al 833-427-5634.

Buckeye Health Plan puede ayudarlo a encontrar un centro de pruebas o de vacunación en su comunidad. También puede ayudarlo con la programación de la cita y el traslado a ella. Use la información que se encuentra en la parte inferior de la página para comunicarse con Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan o con la Línea de Consultas con Enfermeras al 1-866-549-8289 (TTY: 711). La línea de consultas con enfermeras está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



ODH proporciona actualizaciones periódicas sobre las fases de elegibilidad para la vacunación en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

A excepción de lo que se indica anteriormente, no permitimos que los proveedores de Buckeye Health Plan le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio cubierto.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios al Afiliado.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La siguiente Tabla de Beneficios en la Sección D es una lista general de los servicios que cubre el plan. Detalla los servicios preventivos en primer lugar y, luego, las categorías de otros servicios en orden alfabético. También explica los servicios cubiertos, cómo acceder a los servicios y si los servicios tienen límites o restricciones. Si no puede encontrar el servicio que está buscando, si tiene preguntas o si necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a ellos, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su administrador de atención.

Cubriremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.
 - Si Buckeye Health Plan determina que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado para actuar en su nombre pueden presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, sección D, página 172.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, sección D, página 33 encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Además, algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red emiten por escrito una indicación o una receta médica para que usted obtenga el servicio. Si no está seguro de si un servicio requiere PA, comuníquese con el Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web en mmp.buckeyehealthplan.com.

No tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los requisitos de cobertura antes descritos. La única excepción es cuando usted tiene que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de exención o recibidos en un centro de enfermería según lo determine el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

D. La Tabla de Beneficios

D1. Visitas preventivas

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Chequeo anual</p> <p>Esta visita sirve para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Los chequeos anuales se cubren una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: El primer chequeo anual no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Los chequeos anuales estarán cubiertos una vez que haya permanecido en la Parte B durante 12 meses. No es necesario haber cumplido primero con la visita “Bienvenido a Medicare”.</p>	Ninguna
<p>Visita “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Si ha permanecido en Medicare Parte B durante 12 meses o menos, puede obtener una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas). • Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. 	Ninguna

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Chequeo para niños sanos (o Healthchek)</p> <p>Healthchek es un beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) de Ohio para los inscritos en Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, de la audición, nutricionales, del desarrollo y de salud mental. También incluye vacunas, educación sobre la salud y pruebas de laboratorio.</p>	Ninguna

D2. Exámenes y servicios preventivos

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Se cubre la ecografía para detección de aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo.</p>	Ninguna
<p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Se cubren las evaluaciones del consumo indebido de alcohol para adultos. Esto incluye a las embarazadas. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener sesiones de orientación en persona proporcionadas por un proveedor de atención primaria o un profesional calificados.</p>	Ninguna

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Detección de cáncer de seno</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Las mujeres menores a 35 años que corren alto riesgo de padecer cáncer de seno también pueden reunir los requisitos para realizarse una mamografía. • Exámenes clínicos de senos anuales. 	Ninguna
<p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>se cubren las visitas con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el proveedor puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el uso de la aspirina. • Controlarle la presión arterial. • Darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable. 	Ninguna
<p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubren los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	Ninguna
<p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Se cubren los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.</p>	Ninguna

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años o que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección). • Prueba de sangre oculta en materia fecal. • Colonoscopia de detección. • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal. • Detección de cáncer colorrectal en ADN. <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubrirá una colonoscopia de detección cada diez años (pero no en un período de 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección).</p>	Ninguna
<p>Orientación e intervenciones para dejar de fumar</p> <p>Se cubre la orientación y la intervención para dejar de fumar.</p>	Ninguna
<p>Detección de depresión</p> <p>Se cubre la detección de la depresión.</p>	Ninguna
<p>Detección de diabetes</p> <p>Se cubre la detección de la diabetes (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas).</p> <p>Recomendamos que hable con su proveedor sobre esta prueba si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes familiares de diabetes o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucemia).</p>	Ninguna

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Detección del VIH</p> <p>Se cubren los exámenes de detección del VIH para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por VIH.</p>	Ninguna
<p>Vacunas</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas para niños menores de 21 años. • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B o Medicaid. • Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, sección D, página 129 para obtener más información. 	Ninguna



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>Se cubrirán los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años y • Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego del primer examen de detección, se cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	Ninguna
<p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Se cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo; • aumento de la actividad física; • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	Ninguna
<p>Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</p> <p>Se cubre la orientación para ayudarlo a bajar de peso.</p>	Ninguna



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Detección de cáncer de próstata</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). 	Ninguna
<p>Detección de infecciones de transmisión sexual y orientación</p> <p>Se cubren los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, entre otras, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan también cubre sesiones individuales de orientación del comportamiento de alta intensidad, en persona, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos.</p>	Ninguna



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

D3. Otros servicios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Acupuntura.</p> <p>El plan cubre acupuntura para manejar el dolor de cabeza, la lumbalgia, el dolor en el cuello, la osteoartritis de cadera y de rodilla, las náuseas o los vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia, y el dolor posoperatorio agudo.</p> <p>Con el plan, también se pagarán hasta 12 consultas en 90 días por dolor lumbar crónico, definido como un dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Con el plan, también se pagarán 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si se demuestra progreso. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura por año para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>	<p>Se requiere autorización para más de 30 consultas por acupuntura por año de beneficios.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de ambulancia y de vehículo para silla de ruedas</p> <p>Los servicios de transporte de ambulancia de emergencia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, en helicóptero y por tierra. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras formas de traslado pongan en riesgo su vida o su salud o, si está embarazada, la vida o la salud de su bebé por nacer.</p> <p>En los casos que no son emergencias, los servicios de transporte en ambulancia o vehículo para silla de ruedas están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Servicios quiroprácticos.</p> <p>Se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X de diagnóstico. • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. 	<p>Ninguna</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal integral (uno por relación proveedor-paciente). • Examen bucal periódico una vez cada 180 días para afiliados menores de 21 años y una vez cada 365 días para afiliados mayores de 21 años. • Servicios preventivos, incluida la profilaxis, el fluoruro para afiliados menores de 21 años, los selladores y los separadores. • Diagnóstico por imágenes y radiografías de rutina. • Servicios dentales integrales, incluidos los servicios de diagnóstico, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de ortodoncia y quirúrgicos que no son de rutina. • Extracciones. 	<p>Ninguna</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para diabéticos</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. • Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ monitores del nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas; ○ dispositivos tipo lancetas y lancetas; ○ soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; ○ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). <p>El plan también cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos hechos a medida o los zapatos profundos.</p> <p>El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a OneTouch cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados</p> <p>El DME cubierto incluye, entre otros, los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas; • muletas; • colchones de sistema eléctrico; • suministros para diabéticos; • camas de hospital, solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar; • bombas de infusión intravenosa; • dispositivos generadores del habla; • suministros y equipo de oxígeno; • nebulizadores; • andadores. <p>Otros artículos (como prendas para la incontinencia, productos de nutrición enteral, suministros para ostomía y urología, y vendajes quirúrgicos y suministros relacionados) pueden estar cubiertos. En relación con los tipos de suministros adicionales que el plan cubre, consulte las secciones sobre servicios para diabéticos, servicios de audición y prótesis.</p> <p>Es posible que el plan también cubra la capacitación para aprender a utilizar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si estarán en su plan de atención personalizado.</p> <p>Cubriremos todo el DME que generalmente cubren Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de emergencia (consulte también “atención requerida de urgencia”)</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia. • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo grave para su salud o, si es mujer y está embarazada, la del niño por nacer. • Un daño grave a las funciones del cuerpo. • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud de la mujer o del niño por nacer. <p>En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana o a otro entorno apropiado.</p> <p>Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su PCP o sin costo a la Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas. Su PCP o la Línea de Consultas con Enfermeras pueden asesorarlo sobre lo que debe hacer.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para conocer los detalles.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de planificación familiar y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes). • Suministros para planificación familiar (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (por sus siglas en inglés, STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Tratamiento para infecciones de transmisión sexual. • Tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Esterilización voluntaria (Debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Deben pasar 30 días como mínimo, pero no se debe exceder los 180 días entre la fecha en la que firmó el formulario y la fecha de la cirugía). • Detección, diagnóstico y asesoramiento para anomalías genéticas o trastornos metabólicos hereditarios. • Tratamiento contra enfermedades relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye tratamientos artificiales para quedar embarazada). <p>Nota: Puede obtener servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado dentro o fuera de la red (por ejemplo, Planned Parenthood) enumerado en el <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>. También puede obtener servicios de planificación familiar de una enfermera partera certificada, un obstetra, un ginecólogo o un proveedor de atención primaria de la red.</p>	<p>Ninguna</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Centros de salud federalmente calificados</p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros de salud federalmente calificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio para servicios de médicos de atención primaria y de especialistas. • Servicios de fisioterapia. • Servicios de patologías del habla y audiología. • Servicios dentales. • Servicios de podiatría. • Servicios de optometría u óptica. • Servicios quiroprácticos. • Servicios de transporte. • Servicios de salud mental. <p>Nota: Puede obtener servicios de un centro de salud federalmente calificado dentro o fuera de la red.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Tecnología de acceso remoto (tecnología basada en internet o teléfonos)</p> <p>El plan ofrece un portal para miembros en línea que proporciona características e información adicionales fuera del sitio web del plan.</p> <p>Línea de Consultas con Enfermeras</p> <p>Los sistemas de llamadas para asesoramiento médico, crisis de salud del comportamiento, asistencia para la administración de la atención y servicios de la Línea de Consultas con Enfermeras están disponibles en todo el país a través de la línea gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico le brinda una afiliación básica en los centros participantes.</p>	Ninguna
<p>Suministros y servicios de audición</p> <p>Se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes auditivos y del equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado). • Audífonos, pilas y accesorios (incluida la reparación o el reemplazo). <ul style="list-style-type: none"> ○ Los audífonos convencionales están cubiertos una vez cada 4 años. ○ Los audífonos digitales programables están cubiertos una vez cada 5 años. ○ Ajuste y evaluaciones para audífonos. 	Ninguna

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención comunitarios y en el hogar</p> <p>Se cubren los siguientes servicios de exención comunitarios y en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado diurno para adultos. • Servicio de comidas alternativo. • Servicios de residencia asistida. • Opciones de asistentes para atención en el hogar. • Servicios de quehaceres domésticos. • Transición comunitaria. • Servicios para vivir mejor en la comunidad. • Asistente para atención en el hogar. • Comida a domicilio. • Servicios de equipo médico para el hogar y dispositivos auxiliares y de adaptación suplementarios. • Modificaciones, mantenimiento y reparaciones en el hogar. • Servicios domésticos. • Asistencia para llevar una vida independiente. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Estos servicios están disponibles únicamente si Medicaid de Ohio determina que usted necesita la atención a largo plazo.</p> <p>Es posible que tenga que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p> <p>Estos servicios requieren que usted se inscriba en un programa de exención operado por el estado y que cumpla con los requisitos del programa.</p> <p>Los servicios de transición comunitaria se limitan a \$2,000 por período de exención de inscripción.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención de atención en la comunidad y en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con un nutricionista. • Servicios de relevo fuera del hogar. • Servicios de asistentes para atención personal. • Servicios personales de respuesta de emergencia. • Control de plagas. • Asesoramiento de un trabajador social. • Servicios de enfermería de exención. • Transporte de exención. 	<p>Equipo médico para el hogar y dispositivos auxiliares y de adaptación suplementarios: los servicios de dispositivos no excederán la suma total de \$10,000 dentro de un año calendario por persona.</p> <p>El servicio de modificaciones en el hogar tiene un límite de \$10,000 por año calendario.</p> <p>Servicios de mantenimiento del hogar y quehaceres domésticos: los servicios no deben exceder un total de \$10,000 en un año calendario por persona.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Se cubren los siguientes servicios proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería o de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Atención de enfermería privada (también puede ser brindada por un proveedor independiente). • Terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes y otras soluciones por vía intravenosa o enteral. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Las horas adicionales sobre los servicios del plan estatal de Medicaid de 14 horas por semana requieren autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica (como un antiviral o inmunoglobulina). • El equipo, como una bomba; y • Los suministros (como tubos o catéteres). <p>Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería que se prestan conforme a su plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no esté incluida en el beneficio de equipo médico duradero. • Control a distancia; y • Servicios de control para la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidado de enfermos terminales</p> <p>Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Se cubrirá lo siguiente mientras usted obtiene servicios de cuidado de enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • atención de relevo a corto plazo; • atención en el hogar; • atención en un centro de enfermería. <p>Los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por Buckeye Health Plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de Buckeye Health Plan, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. A menos que deba pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de un centro de enfermería, usted no paga estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Buckeye Health Plan:</p> <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Si quiere obtener servicios de cuidado de enfermos terminales en un centro de enfermería, es posible que tenga que usar un centro de enfermería de la red. Además, puede tener que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de un centro de enfermería después de que se haya utilizado el beneficio para centros de enfermería de Medicare. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidado de enfermos terminales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información. <p>Nota: Excepto en casos de atención de urgencia o de emergencia, si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para comunicarse con su administrador de atención de salud, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Se cubren los servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.</p>	
<p>Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente público o privado o en un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> Para afiliados de entre 22 y 64 años internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite de 190 días de por vida. Atención de desintoxicación para pacientes internados. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se cubren los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapias ocupacional y del habla. • Servicios para tratar el trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Servicios de médicos/proveedores. • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si Buckeye Health Plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar lejano fuera del patrón de atención en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o cubriremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si existen servicios de trasplante disponibles en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, Buckeye Health Plan no cubrirá el transporte y el alojamiento.</p>	
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una internación sin cobertura</p> <p>Si su internación no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, se cubrirán los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio. • Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	Ninguna

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una internación sin cobertura (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis y aparatos ortóticos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos dispositivos tienen las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o ○ reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, sección B, página 30 o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Nota: El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	<p>Ninguna</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubren tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año.</p>	<p>Ninguna</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Buckeye Health Plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A, en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (continuación)</p> <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/resources.html.</p> <p>También se cubren algunas vacunas con el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, sección A, página 106 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>En el Capítulo 6, sección C3, página 128 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud mental y trastorno de abuso de sustancias en centros para el tratamiento de adicciones</p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros para el tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación ambulatoria. • Evaluación. • Administración de casos. • Asesoramiento. • Intervención en casos de crisis. • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios. • Evaluación de consumo de drogas y alcohol o análisis de orina. • Servicios médicos y para síntomas físicos. • Administración de metadona. • Medicamentos contra la adicción administrados en el consultorio, incluido el vivitrol y la inducción a buprenorfina. <p>Si quiere obtener más información, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para el tratamiento de salud mental y trastorno de abuso de sustancias en centros de salud mental comunitarios</p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de salud mental y evaluación psiquiátrica de diagnóstico. • Tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés). • Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT, por sus siglas en inglés). • Detección, intervención breve y remisión a tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés). • Pruebas psicológicas. • Servicios terapéuticos de comportamiento (TBS, por sus siglas en inglés). • Rehabilitación psicosocial. • Servicios de tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés). • Asesoramiento y terapia. • Intervención en casos de crisis. • Administración farmacológica. • Determinados medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio. • Internación parcial para tratar el trastorno de abuso de sustancias únicamente. <p>La internación parcial es un programa estructurado de tratamiento del trastorno de abuso de sustancias activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Si quiere obtener más información, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Se cubren los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención; se incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería. • Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. • Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, administrados generalmente por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en un centro de enfermería de Medicaid en el siguiente lugar si este acepta los pagos del plan:</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Es posible que tenga que pagar una responsabilidad del paciente por los costos de alojamiento y comida de los servicios en un centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p> <p>Tenga en cuenta que la responsabilidad del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía cuando se afilió a Buckeye Health Plan. <p>Puede obtener atención en un centro de enfermería de Medicare en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería). <p>Un centro de enfermería donde vive su esposo o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital.</p>	
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades de admisión. Evaluaciones periódicas. Los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, la administración y el suministro de esos medicamentos. Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. Terapia individual y de grupo. Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico). 	Ninguna



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico con licencia del estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un enfermero especializado con práctica médica. • Un asistente médico. • Otro profesional de la salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. <p>Se cubren los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios en un hospital general. • Servicios terapéuticos de comportamiento (TBS, por sus siglas en inglés). • Servicios psicosociales de rehabilitación. 	<p>Ninguna</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios que usted obtenga en un entorno para pacientes ambulatorios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>A continuación, se incluyen ejemplos de servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser internado en el hospital. ○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio. ○ Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101 ● Se cubren la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios. ● Quimioterapia. ● Pruebas de laboratorio y de diagnóstico (por ejemplo, análisis de orina). ● Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. ● Diagnóstico por imágenes (por ejemplo, rayos X, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas). ● Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico. ● Sangre, incluido su almacenamiento y administración. ● Suministros médicos, como férulas y yesos. ● Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios. ● Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. 	

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan cubre OTC limitados, disponibles a través de la compra por correo y en farmacias CVS de venta minorista seleccionadas, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Buckeye Health Plan para obtener más información.</p>	<p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$25 por mes calendario en artículos de venta libre (OTC) que cumplen con los requisitos.</p> <p>Este beneficio para OTC se limita a un pedido por mes calendario. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente mes calendario. Consulte el catálogo para conocer los límites para los artículos.</p> <p>Puede pedir hasta tres artículos iguales por mes calendario, a menos que se indique de otro modo en el catálogo. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede usar para pedir productos OTC para el afiliado.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención de salud o los servicios quirúrgicos que se brindan en lugares como el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos aquellos de atención primaria, especialistas y otros profesionales de la salud, y los servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, incluida la atención psiquiátrica. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de los servicios de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Ninguna</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal • Controles virtuales que duran entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si se cumple todo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted es paciente existente. ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos. ○ El control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas, si se cumple todo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted es paciente existente. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas; ○ arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales; ○ extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas; ○ servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico. 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies, los músculos y los tendones de la pierna que controlan los pies, y las lesiones superficiales de la mano que no estén asociadas con traumatismos. <p>Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores.</p>	Ninguna



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. A continuación, se incluyen ejemplos de prótesis cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Brazos y piernas ortopédicos. • Prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis dentales. <p>El plan también cubre algunos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de las prótesis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan ofrece cobertura luego de una cirugía de cataratas o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista”, más adelante en esta sección en la página 98 para obtener más detalles. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Se cubren los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. ○ Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), entre otros. ● Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) <ul style="list-style-type: none"> ○ Se cubren los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y orientación para ciertas afecciones médicas. ○ El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. ● Servicios de rehabilitación pulmonar <ul style="list-style-type: none"> ○ Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Clínicas de salud rurales</p> <p>Se cubren los siguientes servicios en clínicas de salud rurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio para servicios de médicos de atención primaria y de especialistas. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales. • Servicios de enfermeros a domicilio en determinadas situaciones. <p>Nota: Puede obtener servicios de una clínica de salud rural dentro o fuera de la red.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de servicios de recuperación especializados (SRS, por sus siglas en inglés)</p> <p>Si usted es un adulto al que se le ha diagnosticado una enfermedad mental grave y persistente y vive en la comunidad, posiblemente reúna los requisitos para recibir los servicios de recuperación especializados (SRS, por sus siglas en inglés) acordes a sus necesidades de recuperación. Se cubren los siguientes tres servicios si usted está inscrito en el programa de SRS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Administración de recuperación: Los administradores de recuperación trabajarán con usted para lograr lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ desarrollar un plan de atención centrado en la persona, que refleje sus objetivos personales y los resultados deseados; ○ controlar con regularidad su plan a través de reuniones frecuentes; y ○ brindar información y remisiones. ● Colocación y Apoyo Individualizados-Empleo Asistido (IPS-SE, por sus siglas en inglés): Los servicios de empleo asistido tienen las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ○ lo ayudan a encontrar empleo si está interesado en trabajar; ○ evalúan sus intereses, habilidades y experiencia, y los relacionan con sus objetivos de empleo; y ○ brindan apoyo constante para ayudarlo a mantener el empleo. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Si está interesado en los SRS, se comunicará con un administrador de recuperación que comenzará la evaluación para determinar la elegibilidad. Para ello, entre otras cosas, analizará su diagnóstico y si necesita ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida cotidiana.</p> <p>Las personas deben cumplir criterios de elegibilidad financieros, clínicos, de necesidades y de riesgo especificados.</p> <p>Se aplican límites por servicio.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de servicios de recuperación especializados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de pares para la recuperación: <ul style="list-style-type: none"> ○ las personas que brindan apoyo a sus pares para que se recuperen usan su propia experiencia relacionada con los trastornos de salud mental y el uso de sustancias a fin de ayudarlos a alcanzar sus objetivos de recuperación; y ○ los objetivos se incluyen en un plan de atención que usted diseña según sus preferencias y la disponibilidad de los servicios comunitarios y de apoyo. • La relación con los pares puede ayudarlo a enfocarse en estrategias y en el progreso hacia la autodeterminación, la autodefensa, el bienestar y la independencia. 	



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés)</p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada para los afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés). Se cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. <p>Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.</p>	<p>Ninguna</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Transporte para servicios que no son de emergencia (consulte también “Servicios de ambulancia y de vehículo para silla de ruedas”)</p> <p>Están cubiertos 30 viajes de un trayecto hacia lugares aprobados, por año. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vehículo equipado con silla de ruedas; • taxi. <p>Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a su administrador de atención para obtener más información.</p> <p>Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para obtener servicios de atención de salud cubiertos, Buckeye Health Plan le brindará el transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor.</p> <p>Nota: Además de la asistencia para el transporte que Buckeye Health Plan le brinda, usted puede obtener ayuda con el transporte para ciertos servicios a través del programa de transporte que no es de emergencia (NET, por sus siglas en inglés). Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Los servicios de transporte de exención y el proveedor de esos servicios deben estar identificados en el plan de servicios de exención.</p> <p>Los servicios de transporte de exención no incluyen los servicios que excedan lo aprobado en conformidad con el plan de servicios de exención del afiliado, que se especifican en el plan.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención requerida de urgencia</p> <p>La atención requerida de urgencia es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia; • una enfermedad repentina; • una lesión; • una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si necesita atención requerida de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).</p> <p>Buckeye Health Plan cubre la atención de emergencia o requerida de urgencia cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.</p>	<p>Los servicios requeridos de urgencia están cubiertos únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para conocer los detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de la vista</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un examen de la vista integral, un marco completo y un par de lentes (lentes de contacto si son médicamente necesarios) están cubiertos de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ○ cada 12 meses para afiliados menores de 21 años y mayores de 59 años; ○ cada 24 meses para afiliados de entre 21 y 59 años. ● Entrenamiento de la vista. ● Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética, para personas con diabetes, y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. ○ Un examen de detección de glaucoma por año para afiliados menores de 20 años y mayores de 50 años, afiliados con antecedentes familiares de glaucoma, afiliados con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años. <p>Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera).</p>	<p>Ninguna</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

E. Servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio

Si no se encuentra en su hogar o está fuera de nuestra área de servicio (consulte el Capítulo 1, sección D, página 9) y necesita atención médica, puede recibir atención de emergencia o atención requerida de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. No cubrimos la atención de emergencia o requerida de urgencia, u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Para acceder a servicios de atención de emergencia o requerida de urgencia, debe dirigirse al centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias más cercanos. Consulte el Capítulo 3, sección H, página 38 para obtener más información.

F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye Health Plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por Buckeye Health Plan, pero están disponibles a través de Medicare. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar qué servicios no están cubiertos por Buckeye Health Plan, pero están disponibles a través de Medicare.

F1. Cuidado de enfermos terminales

Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros para enfermos terminales certificados por Medicare. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre los servicios cubiertos por Buckeye Health Plan mientras recibe servicios de cuidado de enfermos terminales.

Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que están relacionados con su enfermedad terminal:

- El proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará los servicios a Medicare. A través de Medicare, se pagarán los servicios de cuidado de enfermos terminales relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Usted no paga estos servicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Buckeye Health Plan:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, sección F3, página 121 para obtener más información.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para comunicarse con su administrador de atención de salud, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

G. Beneficios no cubiertos por Buckeye Health Plan, Medicare o Medicaid

Esta sección le brinda información sobre qué tipos de beneficios son excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Ni Medicare ni Medicaid pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que son excluidos por el plan solo en determinados casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Afiliado*), salvo en las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted cree que deberíamos cubrir un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección D, página 172.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan:**

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, sección J1, página 43 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Asistencia para el cuidado diario de pacientes internados.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Atención quiropráctica diferente de los rayos X de diagnóstico y la manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación conforme a las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
- Servicios para tratar la infertilidad para hombres o mujeres.
- Esterilización voluntaria si tiene menos de 21 años o es legalmente incapaz de dar su consentimiento para el procedimiento.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en casos de violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para proteger la vida de la madre.
- Servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 101

- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA, por sus siglas en inglés).
- Servicios para encontrar causas de muerte (autopsia).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 102

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Buckeye Health Plan también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 52.

Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan

En general, se cubrirán los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se describen en esta sección.

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona, por lo general, es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor.
2. Su recetador no debe estar en las listas de exclusión o preexclusión de Medicare.
3. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.
4. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 103



- Si no está ahí, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, sección F2, página 193 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas	106
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red	106
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica.....	106
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red con la misma receta médica.....	106
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red	106
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada	106
A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener medicamentos.....	107
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo	109
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan	110
B. Lista de Medicamentos del plan.....	110
B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos	110
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos	111
B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos	111
B4. Niveles de la Lista de Medicamentos	112
C. Límites de algunos medicamentos	113
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto.....	114
D1. Cómo obtener un suministro temporal	115

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 104



E. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	117
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	120
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan.....	120
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo.....	120
F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare.....	120
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos.....	121
G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura.....	121
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos.....	121
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura.....	122

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 105



A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, se cubrirán las recetas médicas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado o su administrador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan los medicamentos recetados cubiertos.

Para evitar cualquier problema, **siempre** muestre su tarjeta de identificación de afiliado cuando surta una receta médica. Si no tiene la tarjeta de identificación de afiliado en el momento de surtir la receta médica, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar a la línea de consultas médicas de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan las 24 horas del día o a su administrador de atención.

A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red con la misma receta médica

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta médica, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva o que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su administrador de atención.

A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si su farmacia deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Afiliado o a su administrador de atención.

A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 106



- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, debe asegurarse de obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red, o bien tiene problemas para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Afiliado o a su administrador de atención.

A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son aquellos que usted toma de forma regular para tratar condiciones médicas crónicas o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de compra e información sobre cómo surtir sus recetas por correo llame a Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los formularios también están disponibles en nuestro sitio web, mmp.buckeyehealthplan.com.

En general, obtendrá una receta médica de compra por correo dentro de los 10 o 14 días. Si su compra se demora, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 107



Procesos de compra por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas médicas nuevas que recibe de usted, que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y para los resurtidos de las recetas médicas de pedidos por correo.

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas médicas nuevas que usted presente.

2. Recetas médicas nuevas que el consultorio de su proveedor envía directamente a la farmacia

La farmacia surtirá y enviará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin confirmarlo antes con usted, en caso de que:

- Usted haya utilizado servicios de compra por correo con este plan en el pasado o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Si recibe una receta que no deseaba de forma automática por correo y no se han puesto en contacto con usted para consultarle si deseaba recibirla antes de ser enviada, usted puede ser elegible para un reembolso.

Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe cada nueva prescripción, comuníquese con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de compras por correo o decide cancelar el surtido automático de nuevas prescripciones, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas prescripciones de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que la medicación se surta y se envíe inmediatamente.

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 108



Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de compras por correo, comuníquese con CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscribe en el programa de repetición automática o si su información de contacto cambia.

A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener información sobre los servicios de compra por correo, consulte la sección anterior a la página 108.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 109



A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan.

Pagaremos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total cuando surta su receta médica.

Si no pudo surtir su receta médica en una farmacia de la red y tuvo que pagar el medicamento, consulte el Capítulo 7, sección A, página 133.

B. Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le informa si existe alguna regla que deba cumplir para poder obtener los medicamentos.

Cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y artículos que requieren receta y de venta sin receta que están cubiertos por los beneficios de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 110



La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos que requieren receta médica y tienen la misma eficacia. Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma está en la Lista de Medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan, mmp.buckeyehealthplan.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos que requieren receta médica. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de Medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de Medicamentos.

Buckeye Health Plan no pagará por los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica para un medicamento excluido, deberá pagarla usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 111



presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección F5, página 199).

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Buckeye Health Plan de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. El médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina “uso no indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

Además, los tipos de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertos por Medicare o Medicaid, según lo establece la ley.

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica determina que usted debe hacerse pruebas y recibir servicios provistos solo por esta.

B4. Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan pertenece a uno de tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre).

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 112



- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (medicamentos Rx y medicamentos OTC no cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos con receta médica y OTC genéricos y de marca cubiertos por Medicaid Ohio.

Para saber en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

En el Capítulo 6, sección C1, página 127 se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos que requieren receta médica, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad, y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de costo más bajo.

Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es probable que el proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitar que se haga una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, sección F2, página 193.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando está disponible su versión genérica

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Normalmente, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 113



2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Buckeye Health Plan antes de surtir una receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que Buckeye Health Plan no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos de costo más bajo (que suelen tener la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina “terapia escalonada”.

4. Aplicar límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener. Esto se denomina “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o consulte nuestro sitio web, mmp.buckeyehealthplan.com.

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto

Nuestro objetivo es que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero en algunas ocasiones, puede ser que un medicamento no tenga la cobertura que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos. Es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar, no. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona que receta pueden solicitar una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 114



D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de Medicamentos o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio de medicamento o para pedirle al plan la cobertura del medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando tiene alguna de estas características:
 - ya no está en la Lista de Medicamentos del plan;
 - nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan;
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
 - Usted ya estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días de suministro en una farmacia de venta minorista y de 31 días de suministro en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en una farmacia de venta minorista y un suministro para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
 - Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su afiliación en el plan.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y un suministro de medicamentos por 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en una farmacia de venta

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 115



minorista y un suministro para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en el plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
 - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando usted es dado de alta de un hospital. También ocurre cuando ingresa en un centro de atención a largo plazo o sale de uno.
 - Si sale de un centro de atención a largo plazo u hospital para volver a su hogar y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro para un total de 30 días.
 - Si sale de su hogar o de un hospital para ingresar en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos resurtir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se le acabe. A continuación, se detallan sus opciones:

- Puede cambiarlo por otro medicamento.

Es posible que haya otro medicamento cubierto por el plan que le sirva. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 116



Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, pueden solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra un medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

Si un medicamento que está tomando se retirará de la Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Luego, usted puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de respaldo de la persona que receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, sección F2, página 193.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su administrador de atención.

E. Cambios en la cobertura de medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero Buckeye Health Plan puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si exigir o no exigir autorización previa (PA) o aprobación para un medicamento. (La PA es el permiso que le debe dar Buckeye Health Plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (denominado “límite de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento. (La terapia escalonada se refiere a que usted debe probar un medicamento antes de que podamos cubrir otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C que aparece anteriormente en este capítulo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 117



Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al comienzo del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento durante el resto del año, a menos que ocurra lo siguiente:

- surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos, o
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retira del mercado.

Para obtener información sobre lo que sucede cuando la Lista de Medicamentos cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar la Lista de Medicamentos actualizada de Buckeye Health Plan en línea en mmp.buckeyehealthplan.com o
- Llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos tendrán lugar de **inmediato**. Por ejemplo:

- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** Algunas veces, surge un nuevo medicamento genérico en el mercado que actúa con la misma eficacia que un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9, sección F2, página 179 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 118



Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre el cambio. Consulte a su médico sobre otras opciones.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le avisaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la Lista de Medicamentos. Estos cambios se pueden producir en los siguientes casos:

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y** actuamos de alguna de estas maneras:
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos **o**
 - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la **Lista de Medicamentos**.
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si existe un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar.
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, sección F2, página 193.

Podemos realizar cambios que no afecten los medicamentos que está tomando. En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará el uso del medicamento durante el resto del año.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 119

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos que requieren receta médica durante la internación. No deberá pagar un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, se cubrirán sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

En general, un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente.

- Si está inscrito en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o la ansiedad que no están cubiertos por el centro de cuidado de enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación de la persona que receta o del proveedor de su centro, en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o a la persona que receta que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si se va del centro de cuidado de enfermos terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 120



Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado de enfermos terminales, consulte el Capítulo 4, sección F1, página 99.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que usted surte una receta médica, buscamos posibles problemas, tales como errores con los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo.
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo.
- Medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico.
- Medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

Si encontramos un posible problema en la utilización de medicamentos que requieren receta médica, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para tratar afecciones médicas diferentes o participa en un programa de administración de medicamentos que lo ayuda a usar sus medicamentos opioides de manera segura, es posible que cumpla con los requisitos para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma.
- Las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos.
- Cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 121



- Las preguntas o los problemas que tenga sobre su receta médica y los medicamentos-de-venta libre.

Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace. Además, obtendrá información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos que requieren receta médica y que son sustancias controladas.

Se recomienda programar una revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que reúnen los requisitos. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos sobre ello, y anularemos la inscripción.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o su administrador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura

Buckeye Health Plan cuenta con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides que requieren receta médica u otros medicamentos que con frecuencia se usan de manera incorrecta. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que la manera en la que toma las benzodiazepinas o los opioides recetados no es segura, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en **ciertas farmacias** o a través de **ciertos médicos**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

Si pensamos que una o más de limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta le explicaremos las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 122



Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y de brindarnos cualquier otro dato que considera que es importante que conozcamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente un medicamento que requiere receta médica, usted y la persona que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, el plan evaluará su caso y le informará sobre nuestra decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés). (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte el Capítulo 9, sección F6, página 202).

El DMP puede no aplicarse a usted en los siguientes casos:

- Si usted tiene determinadas enfermedades, como cáncer o anemia falciforme;
- Recibe cuidado de enfermos terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida;
- Si vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 123



Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid

Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Como reúne los requisitos para Medicaid, usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - Esta se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
 - qué medicamentos paga el plan;
 - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
 - si hay algún límite para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web mmp.buckeyehealthplan.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al <1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Capítulo 5 de este *Manual del Afiliado*.
 - En el Capítulo 5, sección A, página 106 se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye reglas que debe cumplir. También establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, sección A1, página 106.

Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB, por sus siglas en inglés)	126
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos	127
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	127
C1. Niveles del plan	127
C2. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo	128
C3. Qué paga usted	128
D. Vacunas.....	129
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna.....	130
D2. ¿Qué paga usted por una vacuna?.....	130



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 125

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés)

El plan lleva un registro de sus medicamentos que requieren receta médica. Este es el monto de dinero que se paga a través del plan (o que otras personas pagan en su nombre) por sus medicamentos que requieren receta médica. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Costos de desembolso.** Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por sus medicamentos que requieren receta médica.
- Los **costos totales de medicamentos.** Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos que requieren receta médica, más el monto que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos la EOB para abreviar. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona que receta sobre estas opciones más económicas. La EOB contiene lo siguiente:

- **Información sobre el mes.** El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1.º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que receta para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus gastos totales de bolsillo de la Parte D de Medicare.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte la Lista de Medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que usted realiza y los que Medicare realiza por usted, usamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta médica. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte, lo que paga y lo que Medicare paga por usted.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. Debe entregarnos copias de sus recibos cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

Si no pudo surtir su receta médica en una farmacia de la red y tuvo que pagar el medicamento, consulte el Capítulo 7, sección A, página 133 para obtener más información sobre lo que debe hacer.

3. Controle las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitar la eEOB en www.caremark.com. Si decide hacerlo, recibirá un correo electrónico cuando su eEOB esté lista para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se conocen como EOB no impresas. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con Buckeye Health Plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los tres niveles. Usted no tiene que pagar ningún copago por los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre que se encuentran en la Lista de Medicamentos de Buckeye Health Plan. Para conocer los niveles de sus medicamentos, consulte la Lista de Medicamentos.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. El copago es de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 127



- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El nivel 3 (medicamentos Rx y medicamentos OTC no cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos con receta médica y OTC genéricos y de marca cubiertos por Medicaid Ohio. El copago es de \$0.

C2. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener el suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 sección A7, página 109 o el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

C3. Qué paga usted

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica que está cubierto a través de los siguientes:



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 128

	Una farmacia de la red	El servicio de compra por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, sección A8, página 110, para obtener más información.
Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (medicamentos Rx/OTC no cubiertos por Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted. Se cubren las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D comprende dos partes:

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 129

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, su médico puede aplicarle la vacuna mediante una inyección.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planea recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna.
- Podemos informarle cómo reducir costos utilizando proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. El proveedor debe trabajar con Buckeye Health Plan para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D.

D2. ¿Qué paga usted por una vacuna?

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 52.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Estas vacunas aparecen en la Lista de Medicamentos del plan.

A continuación, se detallan tres maneras de obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas.
2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
 - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
 - Se cubrirá el costo de la aplicación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 130

- En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y se la aplican en el consultorio de su médico.
- Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Se cubrirá el costo de la aplicación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 131

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	133
B. Cómo evitar los problemas con los pagos	135



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 132

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que usted ya ha recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si usted recibe una factura por la atención de salud o los medicamentos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos la factura. Para saber cómo enviarnos una factura, consulte la página 189.

- Si usted no ha pagado la factura, le pagaremos directamente al proveedor si los servicios o medicamentos estaban cubiertos y usted cumplió con todas las reglas presentes en el *Manual del Afiliado*.
- Si usted ha pagado la factura, los servicios o medicamentos están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas presentes en el *Manual del Afiliado*, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su administrador de atención si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan ayuda por un pago que realizó o una factura que recibió:

1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención de salud requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Siempre debe informar al proveedor que usted está afiliado a Buckeye Health Plan y solicitarle que facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, puede solicitar que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio, nosotros trataremos con el proveedor para reembolsarle el monto a usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 133



2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura.

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan por los servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. La facturación incorrecta o inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura.**

- Debido a que Buckeye Health Plan paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Nosotros trataremos con el proveedor para reembolsarle el monto que pagó por los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica en una situación de emergencia.

- Cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones de emergencia. En general, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:
 - Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
 - Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
 - Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones. Consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Siempre puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil o a su administrador de atención médica al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 134



del año, si se le solicita que pague servicios, recibe una factura o si tiene alguna pregunta. Puede usar el formulario de la página 221 o solicitar a Servicios al Afiliado que le envíe un formulario si quiere presentar información sobre la factura. También puede presentar la información a través de nuestro sitio web, mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/appeals-grievances.html.

B. Cómo evitar los problemas con los pagos

1. No olvide preguntarle al proveedor si el servicio está cubierto por Buckeye Health Plan.

Salvo en un caso de emergencia o de urgencia, no acepte pagar un servicio, a menos que haya solicitado una decisión de cobertura a Buckeye Health Plan (consulte el Capítulo 9 sección D, página 172), que ya haya recibido una decisión definitiva y el servicio no esté cubierto y que haya decidido que igual quiere recibir el servicio aunque el plan no lo cubra.

2. Obtenga la aprobación del plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red.

- Estas son las excepciones:
 - Si necesita recibir servicios de atención de emergencia o de urgencia fuera de la red o
 - Si recibe servicios en centros de salud federalmente calificados, en clínicas de salud rural y de proveedores de servicios de planificación familiar calificados, que figuran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, solicítele que facture a Buckeye Health Plan.
 - Si el proveedor fuera de la red está aprobado por Buckeye Health Plan, usted no debe pagar nada.
 - Si este proveedor se niega a facturarle a Buckeye Health Plan y usted paga el servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado tan pronto como pueda para informarlo.
- Recuerde que, en la mayoría de los casos, usted debe obtener la aprobación del plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que necesite atención de emergencia o de urgencia, se encuentre en su período de transición de atención o que el proveedor no requiera aprobación previa (PA) como se indicó antes, es posible que no paguemos los servicios que recibe de un proveedor fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta sobre su período de transición de atención, no sabe si necesita aprobación para ver a un proveedor o necesita ayuda para encontrar a un proveedor de la red, llame a Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 135



3. Siga las reglas en el *Manual del Afiliado* para recibir los servicios.

Consulte el Capítulo 3, sección B, página 30 para conocer las reglas que debe seguir a fin de recibir atención médica, atención de salud conductual y otros servicios. Consulte el Capítulo 5 sección A, página 106 para conocer las reglas que debe seguir a fin de obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

4. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para encontrar los proveedores de la red.

Si no tiene un *Directorio de Farmacias y Proveedores*, puede llamar a Servicios al Afiliado y pedir una copia o consultarlo en línea en mmp.buckeyehealthplan.com para tener la información más actualizada.

5. Siempre lleve su tarjeta de identificación de afiliado para mostrársela al proveedor o a la farmacia cuando reciba atención.

Si no tiene la tarjeta de identificación del afiliado con usted, solicite al proveedor que llame a nuestro plan al 1-866-296-8731 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Si su tarjeta se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una nueva.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 136



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo describe los avisos legales que se aplican a su afiliación a Buckeye Health Plan y sus derechos y responsabilidades como afiliado al plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Avisos legales	139
A1. Avisos sobre leyes	139
A2. Aviso de No Discriminación	139
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	139
A4. Contratistas independientes	139
A5. Fraude al plan de atención de salud.....	140
A6. Circunstancias fuera del control de Buckeye Health Plan	140
B. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades	140
C. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma	142
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	143
D1. Cómo protegemos su PHI	144
D2. Tiene derecho a ver su historia clínica	144
E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	152
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted	154
G. Su derecho a recibir cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio	154

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud..... 154
 - H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud 154
 - H2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud..... 156
 - H3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones..... 161
- I. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 161
 - I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos..... 161
- J. Sus responsabilidades como afiliado al plan 162
 - J1. Programa de recuperación de patrimonio 163

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



A. Avisos legales

A1. Avisos sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid, y las leyes estatales sobre el programa Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

A2. Aviso de No Discriminación

Cada compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia sinistral, color, origen étnico, certificado de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, puede hacer lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles local al 1-866-227-6353. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

A4. Contratistas independientes

La relación entre Buckeye Health Plan y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Buckeye Health Plan. Por otra parte, ni Buckeye

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Health Plan ni ningún empleado de Buckeye Health Plan son empleados ni agentes de un proveedor participante. En ningún caso Buckeye Health Plan será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de un proveedor participante u otro proveedor de atención médica. Los médicos participantes, y no Buckeye Health Plan, mantienen una relación médico-paciente con el afiliado. Buckeye Health Plan no es un proveedor de atención médica.

A5. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede tener consecuencias legales. Cualquier persona que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante, por ejemplo, la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupan alguno de los cargos que aparecen en una factura o formulario de Explicación de Beneficios o si se entera o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la línea directa de nuestro plan para denunciar fraudes, al 1-866-549-8289. Esta línea funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

A6. Circunstancias fuera del control de Buckeye Health Plan

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, las instalaciones o el personal de Buckeye Health Plan no estén disponibles para proporcionar o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del Afiliado*, la obligación de Buckeye Health Plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Buckeye Health Plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros o personal.

B. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, todos los años que usted forme parte de nuestro plan, debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. En el plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en español o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en español o bien en un formato alternativo; o
- Si quiere cambiar el idioma (inglés/español) o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. Each year you are in our plan, we must also tell you about the plan’s benefits and your rights in a way that you can understand."

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send future materials to you in Spanish or in alternate formats if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice.

Please call us if:

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Please change to: You want to get your materials in Spanish or in an alternate format;
or
- You want to change the language (English/Spanish) or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Buckeye Health Plan Member Services at 1-866-549-8289 (TTY: 711). Hours are from 8 a. m. to 8 p. m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- You can also contact the Ohio Medicaid Hotline at 1-800-324-8680, Monday through Friday from 7:00 a. m. to 8:00 p. m. and Saturday from 8:00 a. m. to 5:00 p. m. TTY users should call 7-1-1.
- Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

C. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a recibir todos los servicios que debe brindarle Buckeye Health Plan, y a elegir el proveedor que le brinde atención cuando sea posible y corresponda.
- Tiene derecho a estar seguro de que otras personas no lo escucharán ni lo verán mientras recibe atención médica.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, sección D1, página 33.
 - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer de la red para recibir servicios cubiertos sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
 - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, sección D4, página 36.

El Capítulo 9, sección C, página 171 le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9, sección D, página 172 también le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés), tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

- Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Tiene derecho a que le garanticen un manejo confidencial de la información relacionada con su diagnóstico, tratamientos, pronósticos e historial social y médico.
- Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que también se informa sobre estos derechos. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. Este aviso, además, explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



D1. Cómo protegemos su PHI

Usted tiene derecho a que se le brinde información sobre su salud. También puede estar disponible para personas legalmente autorizadas a tener esa información, o indicadas por usted como personas de contacto en caso de emergencia, si no fuese beneficioso que usted la recibiera.

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.

Con excepción de los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Si lo hacemos, se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso escrito.

En determinados casos, no se nos exige obtener su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar su PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a divulgar su PHI por orden judicial.
- Estamos obligados a proporcionar a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales.

D2. Tiene derecho a ver su historia clínica

Usted tiene derecho a ver su historia clínica y a obtener una copia de ella. Podemos cobrarle para realizar una copia de sus expedientes médicos, salvo que sea para transferir los registros a un nuevo proveedor.

Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber si se compartió su PHI con otras personas y cómo se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

**BUCKEYE HEALTH PLAN – MYCARE OHIO (MEDICARE-MEDICAID PLAN)
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

LÉALO CUIDADOSAMENTE.**Fecha de entrada en vigor: 03.01.2018**

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-866-549-8289. TTY para personas con dificultades de audición: 711. Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-866-549-8289. (TTY: 711).

DEBERES DE LAS ENTIDADES CUBIERTAS:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid) es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud de 1996. Las leyes exigen que Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) mantenga la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), le proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, acepte los términos del aviso vigente y le informe cualquier violación a la confidencialidad de esa información.

Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a tener acceso, modificar y administrar su PHI, y cómo ejercer esos derechos. Se realizarán otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso solamente con su autorización por escrito.

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) puede modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado y modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos, así como también para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) revisará y distribuirá este aviso de inmediato siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- los usos o las divulgaciones;
- sus derechos;
- nuestras obligaciones legales;
- otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso.

Todos los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web.

PROTECCIÓN INTERNA DE LA PHI ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) protege su PHI. Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarlo.

Estas son algunas de las maneras en que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Comunicamos su PHI a las personas que la necesitan, solo por motivos comerciales.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE SU PHI:

A continuación, se describe cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos utilizar su PHI o divulgarla a un médico u otro proveedor de atención de salud que le esté proporcionando un tratamiento para coordinar el tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos utilizar su PHI o divulgarla para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le hayan proporcionado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para realizar un pago. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente:
 - procesamiento de reclamos;
 - determinación de elegibilidad o cobertura para los reclamos;
 - emisión de facturas de primas;
 - revisión de la necesidad médica de los servicios;
 - revisión de la utilización de los reclamos.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:
 - prestación de servicios al cliente;
 - respuesta a quejas y apelaciones;
 - administración de casos y coordinación de la atención;
 - revisión médica de reclamos y otras evaluaciones de calidad;
 - actividades de mejoramiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Estableceremos acuerdos escritos con estos socios para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted en cuanto a las operaciones de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

- actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad;
 - revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud;
 - administración de casos y coordinación de la atención;
 - detección o prevención de fraudes y abusos en la atención de salud.
- **Divulgaciones del plan de salud de grupo/patrocinador del plan.** Podemos divulgar la información médica protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información de salud protegida (como acordar no utilizar la información de salud protegida para las acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

OTRAS DIVULGACIONES PERMITIDAS O NECESARIAS DE LA PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación caritativa o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción.** Podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una solicitud o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética en el proceso de contratación.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o adelgazar.
- **Según lo exija la ley.** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, debemos usar o divulgar esta información, en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y esté limitado a sus fines. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.

- ***Víctimas de abuso y negligencia.*** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir dichos informes si consideramos razonablemente que se trata de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- ***Procedimientos judiciales y administrativos.*** Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
 - orden de un tribunal;
 - orden de un tribunal administrativo;
 - citación;
 - notificación;
 - orden judicial;
 - solicitud de exhibición de pruebas;
 - otras solicitudes legales similares.
- ***Aplicación de la ley.*** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite. Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:
 - orden judicial;
 - orden de un tribunal;
 - citación;
 - notificación emitida por un funcionario judicial;
 - citación de un gran jurado.

Además, podemos divulgar la PHI pertinente para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de mérito o persona desaparecida.

- ***Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias.*** Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus actividades.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También la podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de los siguientes:
 - órganos cadavéricos;
 - ojos;
 - tejidos.
- **Amenazas a la salud y la seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave para la salud o seguridad pública o de una persona.
- **Funciones gubernamentales especiales.** Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a las siguientes personas/entidades o para los siguientes fines:
 - funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional;
 - actividades de inteligencia;
 - el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica;
 - los servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.
- **Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién es el culpable.
- **Situaciones de emergencia.** En situaciones de emergencia, o si no está en condiciones de hacerlo o no está presente, podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo personal cercano, una agencia autorizada de servicios médicos en casos de desastre o cualquier otra persona identificada previamente por usted. Usaremos nuestro juicio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente pertinente a la atención que le brinda la persona.
- **Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de aplicación de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de aplicación de la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores, siempre y cuando el estudio de investigación clínica haya sido aprobado y se hayan tomado medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

Venta de la PHI. Le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la PHI.

Comercialización. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención médica.

DERECHOS DE LAS PERSONAS

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si quiere ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Para eso, use la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente, salvo que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, así como también sobre las divulgaciones a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes se aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago, o las operaciones de atención de salud, a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted quiere. Usted no tiene que explicar los motivos de su

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com.



solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio o el lugar de comunicación. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar alternativo al que debemos enviar su PHI.

- **Derecho a acceder a su PHI o a obtener copias de esta:** usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer la PHI, que se encuentra en un conjunto de expedientes designados, u obtener copias de esta. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que esto no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito y le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados y cómo solicitar la revisión, o si el rechazo no puede ser revisado.
- **Derecho a modificar su PHI:** usted tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que quiere modificar, y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de todas las oportunidades en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI en los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.
- **Derecho a presentar una queja:** si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que no respetamos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por teléfono mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso.

Además, puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989), o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento mediante la lista de información de contacto que aparece al final del aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece a continuación.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP)
Attn: Privacy Official
4349 Easton Way, Suite 120
Columbus, OH 43219
1-866-549-8289
TDD/TTY: 711

E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como afiliado a Buckeye Health Plan, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Este es un servicio gratuito. También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande. En el plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en español o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en español o bien en un formato alternativo; o
- Si quiere cambiar el idioma (inglés/español) o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, como por ejemplo:
 - Información financiera.
 - Información sobre cómo hemos sido calificados por los afiliados al plan.
 - Información sobre cuántas apelaciones presentaron los afiliados.
 - Información sobre cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - Información sobre cómo elegir o cambiar de PCP. Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red en cualquier momento. Debemos enviarle algún tipo de comunicación por escrito informándole el nuevo PCP y la fecha en que comienza el cambio.
 - Antecedentes de nuestros proveedores y farmacias de la red.
 - Información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web, mmp.buckeyehealthplan.com.
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y sobre las normas que debe seguir, que incluyen:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
 - Límites de cobertura y medicamentos.
 - Reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9) que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - La presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- El cambio de una decisión que hayamos tomado.
- El pago de una factura que recibió.

F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si le pagamos al proveedor menos de lo que nos cobra. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, sección A, página 123.

G. Su derecho a recibir cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio

- Tiene derecho a recibir los servicios de atención de salud a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica o un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, sección C, página 226 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan nuevo de Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.
- Debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través del plan MyCare Ohio.

Si quiere realizar un cambio, también puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.

H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- **Conocer sus opciones** y recibir información sobre todos los tipos de tratamientos disponibles de manera adecuada según su afección y capacidad de entendimiento.
- **Conocer los riesgos** y recibir información al respecto.
 - Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación.
 - Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión** consultando a otro proveedor de la red calificado antes de decidir qué tratamiento seguir.
 - Si no puede ver a un proveedor de la red calificado, coordinaremos una consulta con un proveedor fuera de la red sin cargo para usted.
- **Decir que no** y rechazar cualquier tratamiento o terapia.
 - Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga;
 - dejar de tomar un medicamento.
 - Si rechaza el tratamiento, la terapia o el medicamento, el médico o Buckeye Health Plan deben explicarle las consecuencias de esta decisión. También deben agregar una nota al respecto en su expediente médico.
 - Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo sacaremos del plan.
 - Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitar y recibir una explicación de parte nuestra sobre por qué un proveedor rechazó la atención** que usted consideraba que debía recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el Capítulo 9 sección D, página 172 se indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.
- **Conocer los roles específicos de los profesionales estudiantes** y rechazar el tratamiento por parte de un estudiante.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



H2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención de salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud en su nombre.**
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención de salud si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento en vida y el poder legal para la atención de salud son ejemplos de este tipo de documentos.

No tiene la obligación de utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo prefiere. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid, como el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores de Ohio y el Departamento de Salud de Ohio, también pueden tener formularios de directivas anticipadas. Los formularios también están disponibles en el siguiente sitio web: www.proseniors.org/advance-directives/.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una instrucción anticipada.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Usted tiene derecho a utilizar instrucciones anticipadas para indicar qué tipo de atención médica quiere recibir. A menudo, las personas se preocupan sobre el tipo de atención médica que podrían recibir si su estado de salud fuese crítico y no pudiesen expresar sus deseos.

Algunas personas no quieren pasar meses o años en tratamiento de soporte vital. Otros, en cambio, quieren que se tomen todas las medidas para prolongar la vida.

Usted puede indicar qué tipo de atención médica quiere recibir por escrito cuando está saludable y en condiciones de decidir. En el centro de salud, deben explicarle su derecho a indicar qué tipo de atención médica quiere recibir. También deben preguntarle si quiere dejar sus deseos por escrito.

Este documento describe sus derechos a aceptar o rechazar la atención médica, según la ley de Ohio. También explica cómo puede indicar qué tipo de atención médica quiere recibir si no pudiese tomar decisiones por sí mismo. Este documento no constituye asesoramiento legal, pero lo puede ayudar a comprender sus derechos según la ley.

¿Cuáles son mis derechos a elegir la atención médica que deseo recibir?

Usted tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no quiere recibir determinado tipo de atención, tiene derecho a decírselo a su médico.

¿Qué sucede si mi estado es crítico y no puedo decidir? ¿Qué ocurre si no puedo expresar mis deseos?

Generalmente, las personas pueden hablar con los médicos sobre sus deseos de atención médica. Pero, en ciertos casos, pueden entrar en un estado crítico y verse imposibilitados de expresar qué tipo de atención médica quieren recibir. Según la ley de Ohio, usted tiene derecho a completar un formulario mientras está en condiciones de actuar en su nombre. El formulario le explica a su médico cuáles son sus deseos en caso de que no pueda expresarse.

¿Qué tipos de formulario existen?

Según las leyes de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o instrucciones anticipadas, que puede utilizar: testamento en vida, orden de no reanimar, poder legal para atención de salud (también conocido como poder legal para atención de salud permanente) y declaración sobre tratamiento de salud mental. Usted puede completar una instrucción anticipada mientras se encuentre en condiciones de actuar por sí mismo. La instrucción anticipada permite que su médico y otras personas conozcan sus deseos sobre la atención médica que quiere recibir.

¿Es necesario que complete un formulario de instrucción anticipada antes de recibir atención médica?

No. Nadie puede obligarlo a completar un formulario de instrucción anticipada. Usted decide si quiere completarlo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

¿Quién puede completar una instrucción anticipada?

Cualquier persona mayor de 18 años, en su sano juicio y capaz de tomar sus propias decisiones, puede completar un formulario.

¿Necesito un abogado?

No. No necesita un abogado para completar una instrucción anticipada.

¿Las personas que me brindan atención médica están obligadas a respetar mis deseos?

Sí, siempre y cuando sus deseos cumplan con las leyes estatales. Sin embargo, es posible que la persona que le brinda atención médica no pueda respetar sus deseos, e invoque objeciones de conciencia. En ese caso, lo ayudarán a encontrar a otra persona que respete sus deseos.

Testamento en vida

Un testamento en vida dispone en qué medida quiere que se utilicen métodos de soporte vital para prolongar la vida. Este documento entra en vigor solo si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Usted entra en un estado de coma irreversible.
- No existe tratamiento médico disponible y no tiene posibilidades de mejoría ni puede expresar sus deseos.
- Su estado es terminal y no puede expresar sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben cumplir con los deseos expresados en su testamento en vida. El testamento en vida les da el derecho a respetar su voluntad. Usted es la única persona que puede modificar o cancelar su testamento en vida, y puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de no reanimar

Una orden de no reanimar es una orden escrita por un médico o, en ciertos casos, un enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica certificados. En esta orden, se instruye a los proveedores de atención de salud a no practicar reanimación cardiopulmonar. En Ohio, existen dos tipos de órdenes de no reanimar: 1. Cuidados paliativos con orden de no reanimar. 2. Cuidados paliativos con orden de no reanimar en caso de paro cardíaco. Hable con su médico sobre estas opciones.

Poder legal para atención de salud

El poder legal para atención de salud es diferente a otros tipos de poderes legales. Este documento solo



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

describe el poder legal para atención de salud. No describe otros tipos de poderes legales. El poder legal para atención de salud le permite elegir a una persona para que cumpla sus deseos de atención médica. La persona actúa en su nombre si usted no está en condiciones de hacerlo, por un período breve o prolongado.

¿A quién puedo elegir?

Puede elegir a cualquier adulto, familiar o amigo en quien confíe para que actúe por usted cuando no pueda hacerlo por sí mismo. Asegúrese de hablar con esa persona sobre sus deseos. Luego, deje por escrito qué atención médica quiere y la que no. También debería hablar con su médico sobre lo que quiere. La persona que elija debe respetar sus deseos.

¿Cuándo entra en vigor el poder legal para atención de salud?

El formulario solo entra en vigor si usted no puede tomar decisiones sobre su atención de salud. El poder le permite a su familiar o amigo interrumpir cualquier método de soporte vital en las siguientes situaciones:

- Si se encuentra en estado de coma irreversible.
- Si su estado es terminal.

Declaración sobre tratamiento de salud mental

La declaración sobre tratamiento de salud mental se centra específicamente en la atención de salud mental. Le permite designar a un representante, mientras sea capaz, para tomar decisiones en su nombre cuando usted ya no esté capacitado para hacerlo. Además, en la declaración puede dejar por escrito determinados deseos en relación con el tratamiento. Por ejemplo, puede dejar constancia de sus preferencias sobre tratamientos y medicamentos, o sobre admisiones y retenciones en un centro.

¿Cuál es la diferencia entre un poder legal para atención de salud y un testamento en vida?

El testamento en vida explica, por escrito, cuáles son sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital si usted no está en condiciones de expresar sus deseos. El poder legal para atención de salud le permite elegir a una persona para hacer cumplir su voluntad sobre la atención médica que quiere recibir cuando usted no puede actuar por sí mismo.

Si tengo un poder legal para atención de salud, ¿necesito también un testamento en vida?

Tal vez le convengan ambos. Cada documento trata diferentes aspectos de su atención médica.

¿Puedo modificar mis instrucciones anticipadas?

Sí, puede modificar sus instrucciones anticipadas siempre que lo desee. Revise de vez en cuando sus



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

directivas anticipadas para asegurarse de que aún reflejen sus deseos y abarquen todos los aspectos.

Si no tengo instrucciones anticipadas, ¿quién decide qué tipo de atención médica recibo si no estoy en condiciones de hacerlo?

La ley de Ohio permite que sus familiares más cercanos decidan la atención médica que recibe si su estado es terminal y no puede actuar por sí mismo.

¿Dónde obtengo los formularios de instrucciones anticipadas?

Generalmente, los proveedores o centros de atención médica tienen formularios de instrucciones anticipadas. También puede conseguirlos en el sitio web de Midwest Care Alliance: www.midwestcarealliance.org

¿Qué hago con los formularios después de completarlos?

Debe entregar copias a su médico y al centro de salud para que las adjunten a su historia clínica. También entrégueles una copia a un familiar o a un amigo de su confianza. Si eligió a una persona en un poder legal para atención de salud, entréguele una copia a esa persona. Conserve una copia con sus papeles personales. Recomendamos entregarles una copia a su abogado o a su clérigo. Asegúrese de informarles a sus familiares o amigos si tomó estas medidas. No se trata de guardar los formularios y olvidarse de ellos.

Donación de órganos y tejidos

Los residentes de Ohio pueden elegir si quieren ser donantes de órganos y tejidos luego de su muerte. Al expresar su preferencia, pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos inmediatamente, y evitar que sus familiares y seres queridos tengan que tomar esa decisión en un momento, de por sí, ya muy difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Otros ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

Existen dos formas de registrarse como donante de órganos y tejidos:

- (1) Puede indicar sus deseos de convertirse en donante de órganos y tejidos cuando obtiene o renueva su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de identificación. estatal,

O

- (2) También puede registrarse como donante de órganos en línea a través del sitio web del Registro de donantes de Ohio: www.donatelifeoio.org

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



H3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio llamando al 1-800-342-0553 or emailing HCComplaints@odh.ohio.gov.

I. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9, sección C, página 171 le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar una queja. También le enviaremos un aviso cuando pueda presentar una apelación directamente ante la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Usted es libre de ejercer sus derechos y tener la certeza de que Buckeye Health Plan, nuestros proveedores de la red, Medicare o el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias.

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en el Capítulo 11, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

- Departamento de Servicios al Afiliado.
- Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Sus Derechos y Protecciones en Medicare) que se encuentra en el sitio web de Medicare: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- Defensoría de MyCare Ohio en la oficina de la Defensoría de Atención a Largo Plazo del estado: 1-800-282-1206 (TTY Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte el Capítulo 2 Sección H, página 27 para obtener más información sobre esta organización.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



J. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

- **Lea el *Manual del afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
 - Servicios cubiertos, consulte el Capítulo 3, sección A, página 30 y el Capítulo 4, sección A, página 48. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos: consulte el Capítulo 5, sección A, página 106 y el Capítulo 6, sección C, página 127.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica** que tenga. Se nos exige asegurarnos de que usted utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para casi todos los afiliados a Buckeye Health Plan, Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B. Si paga las primas de la Parte A o la Parte B y cree que Medicaid debería haberlas pagado, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado y pedir ayuda.
- Para algunos de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de obtener el medicamento. **Si usted obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, es posible que deba pagar el servicio o medicamento.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección D, página 172.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Buckeye Health Plan. El Capítulo 1, sección D, página 9 le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 sección F, página 25, y la Sección G, página 26 para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted. Consulte la Sección K del Capítulo 1 para obtener más información. También debe notificar al asistente social del condado en el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

J1. Programa de recuperación de patrimonio

Si usted está institucionalizado de forma permanente o tiene 55 años o más cuando obtiene beneficios de Medicaid, el Programa de recuperación de patrimonio le permite recuperar los pagos de su patrimonio por el



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

costo de su atención pagada por Medicaid de Ohio. El costo de su atención puede incluir el pago de capitación que Medicaid de Ohio paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago es mayor que el costo de los servicios que recibió. Se procede a la recuperación del patrimonio después de su muerte.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Introducción

Este capítulo le informa sobre sus derechos a solicitar una decisión de cobertura y a presentar una apelación o una queja. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención. Sin embargo, es posible que, en ocasiones, tenga problemas para obtener atención, o no esté satisfecho con la manera en que se prestaron los servicios o la forma en que lo trataron. En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para tratar los problemas y quejas relacionados con el plan, sus proveedores, y la prestación y el pago de servicios. **También puede llamar por teléfono a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que lo asesoren con su problema.**

Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, sección H, página 27 y obtenga más información sobre los programas de defensoría.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema	168
A1. Acerca de los términos legales	168
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda.....	168
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia.....	168



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 165

C. Problemas relacionados con sus beneficios	171
C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para presentar una queja?	171
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	172
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	172
D2. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará	173
E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)	175
E1. Cuándo utilizar esta sección	175
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	177
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la parte D)	179
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)	185
E5. Problemas con pagos	189
F. Medicamentos de la Parte D	191
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	191
F2. Qué es una excepción	193
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones.....	194
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	195
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D	198
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D	201
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada	202
G1. Información sobre sus derechos de Medicare	203
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	204



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 166

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	206
G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación.....	207
H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios de Medicare terminan demasiado pronto	209
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura.....	210
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención	210
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención	212
H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1.....	213
I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2	215
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare	215
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid	216
J. Cómo presentar una queja	216
J1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas.....	216
J2. Quejas internas.....	218
J3. Quejas externas.....	220
J4. Formulario de queja y apelación del afiliado	221



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 167

A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema relacionado con el plan, los servicios o el pago. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles que se utilizan para algunas de las reglas y los plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, usaremos lo siguiente:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, tal vez no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente. Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes recursos.

Cómo recibir ayuda del Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan

En el Departamento de Servicios al Afiliado pueden ayudarlo con cualquier problema o queja que pueda tener sobre atención de salud, medicamentos, y servicios y apoyo a largo plazo. Por ejemplo, podemos brindarle ayuda si tiene los siguientes problemas: comprender cuáles son los servicios cubiertos, cómo acceder a los servicios o cómo buscar a un proveedor. También podemos ayudarlo si le piden que pague por un servicio o si quiere solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o queja (también llamada “queja formal”). Puede comunicarse con nosotros de la siguiente manera:

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 168

y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

- También puede visitar nuestro sitio web mmp.buckeyehealthplan.com para enviar una pregunta, queja o apelación.
- Complete el formulario de apelación/queja en la página 221 de este capítulo o llame a Servicios al Afiliado y pida que se lo enviemos por correo.
- Escriba una carta para contarnos sobre su inquietud, problema, queja o apelación. Asegúrese de que figuren su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de la tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan, su dirección y teléfono. También debería enviar toda información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

Para preguntas médicas, problemas, quejas o apelaciones:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances
Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

Para apelaciones de medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

Para preguntas, problemas o reclamos sobre medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances
Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 169

Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, puede comunicarse con la línea directa de Medicaid de Ohio. En la línea directa, pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. La línea directa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio, www.medicaid.ohio.gov.

Cómo obtener ayuda de la Defensoría de MyCare Ohio

También puede recibir ayuda de la Defensoría de MyCare Ohio. La Defensoría de MyCare Ohio es un programa que puede ayudarlo a resolver cualquier problema que pueda tener con nuestro plan. También puede ayudarlo a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. Consulte el Capítulo 2, sección H, página 27 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

La Defensoría de MyCare Ohio es un defensor independiente y no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede presentar su queja en línea, en aging.ohio.gov/contact. Los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare, www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de otros recursos

También puede hablar sobre sus problemas con las siguientes personas y pedirles ayuda.

- Hable con su médico u otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico o proveedor que haya solicitado el servicio pueden presentar una apelación de nivel 1 en su nombre.
 - Si quiere que su médico u otro proveedor actúen en su nombre durante una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid o una audiencia ante el estado, es necesario que los designe como sus representantes por escrito.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 170

- Puede hablar con un amigo o familiar. Si designa a un amigo o familiar como su “representante”, ellos pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o queja en su nombre.
 - Si quiere designar un representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web mmp.buckeyehealthplan.com. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante.
- Puede hablar con un abogado. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Si quiere obtener información sobre asesoramiento legal gratuito, puede comunicarse con la oficina de asistencia legal más cercana o con la línea gratuita de Asistencia legal de Ohio al 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un Representante. Tenga en cuenta que **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación o queja.

C. Problemas relacionados con sus beneficios

C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o queja.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 171

<p>¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica, ciertos medicamentos que requieren receta médica o ciertos servicios y apoyo a largo plazo están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos y sobre los problemas relacionados con el rechazo del pago de artículos y servicios).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”, en la página 172.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni con la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección J: “Cómo presentar una queja”, en la página 217.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura. También incluye problemas relacionados con el rechazo de pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no saben si Medicare o Medicaid cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no son médicamente necesarios, no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 172

¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones?

Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los recursos que se detallan en la sección B1, en la página 168.

D2. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Nosotros dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la **sección E, en la página 175**, se brinda información si tiene problemas para recibir atención médica o artículos; servicios dentales y de la vista; servicios de salud conductual; servicios y apoyo a largo plazo y medicamentos recetados (que **no** sean medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - No obtiene la atención médica que quiere y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
 - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo use la sección E para problemas con los medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, que se indican con un símbolo “NT” Lista de Medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F, en la página 191, para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.
 - Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que paguemos los servicios para que le hagan el reembolso.
 - Se le informa que la cobertura de una atención que ha obtenido se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las secciones G y H, en las páginas 203 y 210.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 173

- Su solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión es un proceso formal que se denomina apelación.
- La **sección F, en la página 191** brinda información si tiene problemas relacionados con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Quiere solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa (PA) o aprobación.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted y su médico, u otra persona que receta, consideran que debemos hacerlo.
 - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado para que le hagan el reembolso. (Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- En la **sección G, en la página 203** se le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da el alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Usted está en el hospital y considera que el médico lo da el alta demasiado pronto.
- En la **sección H, en la página 210** se le brinda información en caso de que considere que la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Defensoría de MyCare Ohio, al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas relacionados con artículos o beneficios de atención médica, los servicios dentales y de la vista, los servicios de salud del comportamiento, y los servicios y apoyo a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos que, en la Lista de Medicamentos, están marcados como “NT” no están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las situaciones mencionadas a continuación:

1. Considera que cubrimos algún servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la sección E2, en la página 177 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. Quiere que cubramos un beneficio que requiere aprobación del plan (llamada también autorización previa [PA]) antes de recibir el servicio.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la sección E2, en la página 177 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

NOTA: Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 52, para obtener una lista de los servicios cubiertos e información sobre qué servicios requieren PA de nuestro plan. Consulte la Lista de Medicamentos para ver qué medicamentos requieren PA. También puede consultar las listas de los servicios y medicamentos que requieren PA en mmp.buckeyehealthplan.com.

3. No aprobamos la atención que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Consulte la sección E3, en la página 179 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. No aprobamos la solicitud de recibir servicios de exención de un proveedor de la red elegido por el participante o que no pertenece a una agencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 175

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no autorizar su solicitud. Consulte la sección E3, en la página 179, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

5. Usted recibió los servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Consulte la sección E3, en la página 179 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

6. Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para hacerle un reembolso por esos servicios o artículos.

Qué puede hacer: Nos puede pedir que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para hacerle un reembolso. Vaya a la página 189 de esta sección si quiere información sobre cómo solicitar un pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura para determinado servicio o artículo, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio. Consulte la sección E3, en la página 179 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si le informamos una reducción, suspensión o interrupción de un servicio o artículo que había sido aprobado previamente, o si este se interrumpe antes de que pueda recibir todos los servicios o artículos aprobados, podrá continuar recibéndolos durante el proceso de apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” en la página 184.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la sección G o H en las páginas 203 y 210 para obtener más información.

8. No tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos establecidos.

Qué puede hacer: Puede presentar una queja o una apelación. Vaya a la sección J, en la página 217, para obtener información sobre cómo presentar una queja. Vaya a la sección E3, en la página 179, para obtener información sobre cómo presentar una apelación de nivel 1.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso le conviene utilizar, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

9. No tomamos una decisión sobre una apelación dentro de los plazos establecidos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 176

Qué puede hacer: Puede presentar una queja. Vaya a la sección J, en la página 217, para obtener información sobre cómo presentar una queja. Además, si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado. Vaya a la sección E4, en la página 184, para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante el estado. Tenga en cuenta que si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, automáticamente enviaremos su apelación al nivel 2 si no le damos una respuesta dentro de los plazos establecidos.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso le conviene utilizar, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, artículo o medicamento de Medicaid (vaya a la sección F para los medicamentos de la Parte D de Medicare)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su médico o representante autorizado que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-866-549-8289, TTY: 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax al 1-866-704-3064.
- Puede escribirnos a la siguiente dirección: Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
349 Easton Way, Suite 120
Columbus, OH 43219

Recuerde que debe completar el formulario de Designación de un Representante para nombrar a un representante autorizado. También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante. Para obtener más información, consulte la sección B1, en la página 168.

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre los medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Parte B en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre el resto de los servicios o artículos dentro de los 10 días calendario después de la solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 10 días corridos (o de 72 horas por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 177

Usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo. También es posible que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta 14 días calendario más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un plazo de 24 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Parte B, y en un plazo de 48 horas para el resto de los servicios o artículos.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Salvo en el caso de una decisión de cobertura rápida para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo. También es posible que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta 14 días calendario más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, primero llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que quiere.
- Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-866-704-3064. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2 , sección A, página 18.
- El médico o su representante autorizado también pueden llamarnos.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita la cobertura de atención médica o de un artículo que aún no ha recibido.** (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pedido de reembolso de un pago de atención médica o de un artículo que ya recibió).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 178

2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**. El plazo estándar es de 72 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Parte B, y de 10 días calendario para el resto de los servicios o artículos.
- Si su médico considera que necesita una decisión de cobertura rápida, tomaremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También utilizaremos los plazos estándar (72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Parte B) para tomar la decisión.
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - En la carta también se informará cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección J, en la página 217.

Si la decisión de cobertura es “no”, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es "no", le enviaremos una carta en la que se detallen las razones **correspondientes**.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación implica que se nos solicita que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Si usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. También puede apelar en los casos en que no tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos establecidos. Le enviaremos



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 179

un aviso por escrito cuando tomemos una medida o, por el contrario, cuando no la tomemos y deberíamos haberlo hecho, para que pueda apelar.

NOTA: Si quiere que su médico u otro proveedor actúen en su nombre durante una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid, es necesario que los designe como sus representantes por escrito. Lea la sección “¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?” en la página 181 si quiere más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750). La Defensoría de MyCare Ohio no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o escribirnos a la siguiente dirección:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances
Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 180

- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o utilizar el formulario de apelación/queja que se encuentra en la página 221. Asegúrese de que figuren su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de la tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan, su dirección y teléfono. También debería incluir toda información que ayude a explicar su problema.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2 , sección A, página 18.
- Puede solicitarnos una apelación estándar o una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. También puede hacerlo persona, pero primero usted debe completar el formulario Designación de un Representante. El formulario le otorga a otra persona un permiso para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, su solicitud de apelación será rechazada. En tal caso, tendrá derecho a que otra persona revise la denegatoria. Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Para obtener el formulario de Designación de Representante, llame a Servicios al Afiliado y solicite uno o visite call Member Services and ask for one, or visit www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web en mmp.buckeyehealthplan.com. También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante.

Si la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico o el proveedor que solicitó los servicios, debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Si quiere que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en su nombre para los servicios cubiertos solo por Medicaid, debemos recibir su autorización por escrito.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son los siguientes: tiene una enfermedad



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 181

grave, o le proporcionamos información incorrecta sobre los plazos para solicitar una apelación. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.

NOTA: Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?”, en la página 184 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

En caso de necesitar más información, se la podríamos solicitar a usted o a su médico.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 15 días corridos desde la recepción de su apelación (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted o su proveedor solicitan más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos que necesitamos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección J, en la página 217.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 182

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días corridos (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la sección E4 en la página 184). Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la sección E4 en la página 184).

También puede presentar una queja en los casos en que no tomamos una decisión sobre la apelación dentro de los plazos establecidos (consulte la sección J en la página 217).

Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar el servicio en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B).

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2 (consulte la sección E4 en la página 184). Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la sección E4 en la página 184).

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria para decidir su apelación. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted o su proveedor solicitan más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si demoramos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección J, en la página 217.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 183

servicio o artículo de Medicare (consulte la sección E4 en la página 184). Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la sección E4 en la página 184).

También puede presentar una queja en los casos en que no tomamos una decisión sobre la apelación dentro de los plazos establecidos (consulte la sección J en la página 217).

Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2 (consulte la sección E4 en la página 184). Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la sección E4 en la página 184).

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Sí, mientras cumpla ciertos requisitos. Si habíamos aprobado previamente la cobertura de un servicio y luego decidimos modificar o interrumpir ese servicio antes del vencimiento del período de autorización, le enviaremos una carta, al menos, 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben **solicitar una apelación en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar recibiendo servicios durante la apelación:

- Dentro de los 15 días corridos a partir de la fecha del envío de nuestro Aviso de Acción.
- En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.

Si continúan los beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra alguna de las siguientes opciones: 1. Usted retira la apelación. 2. Pasan 15 días luego de que notificamos que **rechazamos** su apelación.

NOTA: A veces, sus beneficios pueden continuar aunque **rechacemos** su apelación. Si el servicio está cubierto por Medicaid y usted solicita una audiencia ante el estado, quizás pueda continuar recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias Estatales tome una decisión. Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2. Para obtener más información, consulte la sección E4, en la página 184.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 184

E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** en forma parcial o total la apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo están principalmente cubiertos por Medicare o Medicaid.

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 184 de esta sección si quiere información sobre las audiencias ante el estado.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) apenas se complete la apelación de nivel 1.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar principalmente cubierto por **Medicare y Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE. En la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 184 de esta sección si quiere información sobre las audiencias ante el estado.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación sobre un servicio o artículo. La apelación de nivel 2 se revisa por una organización independiente que no se relaciona con nosotros.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado.

¿Qué es la audiencia ante el estado?

Una audiencia ante el estado es una reunión entre usted y su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de la audiencia que pertenece a la Oficina de Audiencias Estatales, dentro del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Allí, explicará por qué cree que nuestro plan no tomó la decisión adecuada y nosotros explicaremos por qué tomamos tal decisión. El funcionario de la audiencia escuchará y luego decidirá quién tiene razón, teniendo en cuenta la información ofrecida y las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito que informa su derecho a solicitar una audiencia ante el estado. Si usted participa en el programa de exención de MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos en la audiencia ante el estado. Consulte el *Manual del Afiliado del Programa de Exención Comunitaria y en el Hogar* para obtener más información sobre sus derechos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 185

¿Cómo solicito una audiencia ante el estado?

Para solicitar una audiencia ante el estado, usted o su representante autorizado debe comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos el aviso sobre sus derechos en la audiencia ante el estado. Estos 120 días calendario comenzarán a partir del día siguiente a aquel que figura en el aviso que enviamos por correo. Si no cumple con el plazo de 120 días calendario y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que la Oficina de Audiencias Estatales le ofrezca más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una apelación de nivel 1 antes de poder solicitar una audiencia ante el estado.

NOTA: Si quiere que alguien lo represente, como su médico u otro proveedor, debe dar aviso por escrito a la Oficina de Audiencias Estatales. Allí debe indicar que quiere que esa persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de audiencia ante el estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario. También puede presentar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. También puede llamar a la Oficina de Audiencias ante el Estado al 1-866-635-3748.

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de audiencia ante el estado?

En general, una vez que la Oficina de Audiencias Estatales recibe su solicitud, las decisiones de las audiencias ante el estado se brindan antes de los 70 días calendario. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales conviene que, cuando este plazo podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales, la decisión se ofrecerá tan pronto como sea necesario, pero en un plazo menor a 3 días hábiles luego de que la Oficina de Audiencias Estatales reciba su solicitud.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare ¿Qué ocurrirá en la apelación de nivel 2?

Si rechazamos su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE. Una IRE leerá detenidamente la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No necesita solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de su expediente, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 186

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de la IRE?

- La IRE deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.
 - Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación.
 - Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, enviaremos automáticamente la apelación de nivel 2 a la IRE. También puede solicitar una audiencia ante el estado. Para solicitar una audiencia ante el estado, siga las instrucciones en esta sección en la página 184.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado previamente, en algunos casos puede solicitar que continuemos los beneficios durante la apelación de nivel 2.

- Si su problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **solo por Medicaid**, puede solicitar que continuemos con los beneficios durante la apelación de nivel 2. Usted o su representante autorizado deben **solicitar una audiencia ante el estado en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar recibiendo servicios durante la audiencia ante el estado:
 - Dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha del envío de nuestra carta que le informa que rechazamos su apelación de nivel 1; o
 - En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 187

- Si el problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **solo por Medicare**, los beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés).
- Si el problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **por Medicare y Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la IRE. Si solicita una audiencia ante el estado, puede continuar recibiendo los beneficios mientras la audiencia se encuentre pendiente si presenta su solicitud dentro de los plazos descritos a continuación.

Si continúan los beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra alguna de las siguientes opciones: 1. Usted retira la apelación. 2. Todas las entidades que tuvieron su apelación de nivel 2 (la IRE o la Oficina de Audiencias Estatales) decidieron **rechazar** su solicitud.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 fuera una audiencia ante el estado, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará por correo postal la decisión de la audiencia.

- Si la decisión de la audiencia es **positiva** (ha lugar) para su solicitud, en forma total o parcial, dicha decisión detallará claramente lo que nuestro plan debe hacer para encontrar una solución al problema. Si no comprende la decisión o tiene preguntas sobre cómo recibir el servicio o el pago, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda.
- Si la decisión de la audiencia es **negativa** (no ha lugar) para su solicitud, en forma total o parcial, significa que la Oficina de Audiencias Estatales está de acuerdo con la decisión del nivel 1. La decisión de la audiencia ante el estado explicará a la Oficina de Audiencias Estatales las razones por las que denegó su solicitud y le informará su derecho a solicitar una apelación administrativa.

Si su apelación de nivel 2 pasa a la IRE de Medicare, esta le enviará una carta en la que explica su decisión.

- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial la solicitud que usted hizo en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 14 días calendario desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial lo que solicitó en la apelación estándar por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento o brindárselo en un plazo de 72 horas desde la recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar el medicamento que requiere



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 188

receta médica de Medicare Parte B o brindárselo en un plazo de 24 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.

- Si la IRE **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Yo apelé ante la Entidad de Revisión Independiente y la Oficina de Audiencias Estatales por servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué ocurre si no deciden lo mismo?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden **aceptar** en forma total o parcial su solicitud, le brindaremos el servicio o el artículo aprobado que sea más cercano al que solicitó en la apelación.

Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de nivel 2 es una audiencia ante el estado, usted puede apelar nuevamente y solicitar una apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe obtener su solicitud de apelación administrativa dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la IRE, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la sección I, en la página 216, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Una opción es pagar al proveedor para que este pueda reembolsar su pago; otra opción es que el proveedor acuerde cancelar la facturación del servicio.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted quizás necesite nuestra ayuda por un pago que hizo a un proveedor o para pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago. El Capítulo 7 también ofrece información para no volver a tener problemas con los pagos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 189

¿Puedo solicitarles que me reembolsen el monto de un servicio o artículo que ya pagué?

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, trataremos con el proveedor para reembolsar su dinero.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la sección E3, en la página 179. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la IRE. Se lo notificaremos a través de una carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagar, enviaremos a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago al proveedor en un plazo de 60 días calendario.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 190

- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). La carta que reciba tendrá información sobre los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la sección I, en la página 216, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la sección E4 en la página 184).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados como “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “NT” siguen el proceso descrito en la **sección E**, en la página 175.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

Sí. A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
 - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos del plan.
 - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 191

NOTA: Si en la farmacia le indican que no se podrá surtir su receta médica, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago. Recuerde que usted no debería pagar ningún servicio médicamente necesario cubierto por Medicare y Medicaid. Si debe pagar el costo total de un medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda.

El término legal para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 192

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la sección F2, en la página 193. Consulte también las secciones F3 y F4, en las páginas 194 y 195.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de la Lista de Medicamentos y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la sección F4, en la página 195.</p>	<p>¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la sección F4, en la página 195.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo quiere?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la sección F5, en la página 199.</p>

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la Lista de Medicamentos o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos, o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

A continuación, se presentan ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden solicitar que hagamos:

1. Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 193

2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, sección B, página 110).

- Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa” [PA]).
 - Requerir que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
 - Aplicar límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener.

El término legal para solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una **“excepción al Formulario”**.

F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

El médico u otra persona que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Tomaremos nuestra decisión sobre la excepción con mayor rapidez si usted incluye esta información de su médico u otra persona que recete al momento de solicitar la excepción.

En general, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, no aprobaríamos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la sección F5, en la página 199, se le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que **rechacemos** su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 194

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, el médico (u otra persona que receta) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la sección B, en la página 168, para obtener información sobre cómo otorgar un permiso para que otra persona actúe como su representante.
- No necesita otorgar un permiso escrito a su médico u otra persona que receta para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si pagó un medicamento y cree que debería haber tenido cobertura, lea el Capítulo 7, sección A, página 133 de este manual. El Capítulo 7 también le indica cómo llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o enviarnos los documentos para solicitar que cubramos un medicamento.
- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo. Su médico u otra persona que receta deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Denominamos a esto “declaración de respaldo”.
- Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago de la Parte D

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitárnosla o pídale a su representante, a su médico o a otra persona que receta que la soliciten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otra persona que receta.
- Usted, el médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 195

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida

Utilizaremos “plazos estándares”, salvo que acordemos utilizar plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**.

Si el médico u otra persona que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomarla y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otra persona que receta), nosotros decidiremos si tomaremos una decisión de cobertura rápida o no.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta para informárselo. La carta le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra determinación de tomar una decisión estándar.
 - Usted puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta a la queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección J, en la página 217.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o persona que receta que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 196

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico o de la persona que receta que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o persona que receta. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de respaldo de su médico o la persona que receta.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago a la farmacia en un plazo de 14 días calendario. La farmacia hará el reembolso.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 197

- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

Para empezar una apelación, usted, su médico u otra persona que receta, o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.

Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo por escrito. Para solicitar una apelación, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si quiere una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono.

Presente su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la que le enviemos el aviso para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, entre los buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentra el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Para solicitar una copia gratuita, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico, la persona que receta o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otra persona que receta, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 198

Si lo quiere, usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si apela una decisión tomada por el plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y el médico, u otra persona que receta, deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida de cobertura”, que figuran en la sección F4, en la página 195.

El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 199

reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su apelación. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación rápida.

- Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días calendario, o 14 días calendario si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero, a más tardar, a los 7 días corridos desde la recepción de su apelación o a los 14 días corridos si nos solicitó el reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación. La farmacia hará el reembolso.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 200

F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre la decisión en la apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos a ellos su expediente del caso automáticamente. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, un médico u otra persona que receta, o su representante pueden presentar la apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la IRE una “apelación rápida”.
- Si la IRE autoriza una “apelación rápida”, debe responder a su apelación de nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 201

- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas posteriores a obtener la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la IRE debe responder su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o de 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
 - Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
 - Si la IRE aprueba una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario desde la recepción de la decisión. La farmacia hará el reembolso.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

Rechazar significa que la IRE está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el monto mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE con la decisión de la apelación de nivel 2 le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que debe dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 202

G1. Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma en este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 203

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, debe presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada. El aviso Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si usted llama antes de irse, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin tener que pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- Si usted no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta planificada.

- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información, consulte la sección G4, en la página 208.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 204

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una revisión rápida significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores leerán su expediente médico, hablarán con el médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted recibirá una carta que le informará su fecha de alta planificada. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto que se le dé el alta en esa fecha.

El término legal de esta explicación por escrito se conoce formalmente como “**Notificación Detallada de Alta**”. Si quiere obtener una copia del aviso, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 205

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, nosotros deberemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la continuidad de la hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 206

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que es de 60 días o antes de su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 207

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
 - También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, implica que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.
- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la sección J, en la página 217 se indica cómo presentar una queja.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 208

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación sobre su alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios de Medicare terminan demasiado pronto

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 209

- Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.
- Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de esta atención, nosotros interrumpiremos el pago de su atención.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que interrumpamos el pago de su atención. Esto se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En la notificación por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Esto **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Cuando finalice su cobertura, interrumpiremos el pago de los costos de su atención.

H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar la apelación, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la sección J, en la página 217, se le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 210

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informamos que íbamos a dejar de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Solicítele que realicen una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la sección H4, en la página 214.

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 211

¿Qué sucede durante una revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la que explique por qué los servicios deberían terminar.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían finalizar es “Explicación Detallada de No Cobertura”.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces nosotros debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que se le informó. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esa atención.

H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 212

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el nivel 1. Si ellos están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con la apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 213

Apelación alternativa de nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios. Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que interrumpir la prestación de sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día en el que le informamos que se interrumpirían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios. Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la sección J, en la página 217 se indica cómo presentar una queja.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 214

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente apropiado.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. La persona que toma la decisión sobre una apelación de nivel 3 es un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez o un abogado mediador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted solicita deberán alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o un abogado mediador vea su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede acudir a la Junta de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, podrá tener el derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 215

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid

Si tuvo una audiencia ante el estado por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de esta audiencia fue denegar su solicitud (no a su favor), también tiene el derecho de realizar apelaciones adicionales. La decisión de la audiencia ante el estado explicará cómo solicitar una apelación administrativa al presentar su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales debe obtener su solicitud dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión en la apelación administrativa, tiene derecho de apelar ante el tribunal de primera instancia del condado donde reside.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con las audiencias estatales o las apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

J. Cómo presentar una queja

J1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas

El proceso de presentación de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, las facturas recibidas y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 216

Quejas sobre la calidad

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

Quejas sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted.
- El personal de Buckeye Health Plan lo trató mal.
- Considera que lo están desvinculando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los plazos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o el Departamento de Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

Quejas sobre la limpieza

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

Quejas sobre el acceso a servicios de idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece los servicios de un intérprete durante su cita.

Resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Si quiere obtener más información, lea la sección J3, en la página 221.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 217

Quejas sobre la recepción de facturas

- Su médico o proveedor le envió una factura.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Quejas sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o pagarle al proveedor por ciertos servicios médicos para que pueda hacer el reembolso.
- Usted cree que no enviamos su caso a la IRE a tiempo.

El término legal para una “queja” es “queja formal”.

El término legal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlas. Las quejas externas se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización las revisa. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).**

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Las quejas relacionadas con la Parte D deben presentarse **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja. Todos los demás tipos de quejas deben presentarse **en cualquier momento** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 218

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera. También puede usar el formulario de la página 221 para presentar la queja.
- Puede enviar su queja a esta dirección:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances
Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

- Respondemos las quejas sobre el acceso a la atención dentro de los 2 días hábiles. Respondemos todos los demás tipos de quejas en un plazo de 30 días calendario. Podemos demorar hasta 14 días calendario más si necesitamos reunir más información para ayudarlo. Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida”. También puede presentar una queja rápida si rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.
- La mejor manera de presentar una queja rápida es mediante una llamada al Departamento de Servicios al Afiliado. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si tiene un buen motivo para presentar la queja de manera tardía, infórmenos y consideraremos si le extendemos el plazo para presentar una queja o no.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos las quejas sobre el acceso a la atención dentro de los 2 días hábiles. Respondemos todos los demás tipos de quejas en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo,



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 219

podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.

- Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida”, lo pasaremos automáticamente al proceso de “queja rápida” y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de “queja rápida” y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

J3. Quejas externas

Puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede presentar su queja ante Medicaid

Puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572). La llamada es gratuita. También puede enviar la queja por correo electrónico a bmhc@medicaid.ohio.gov.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr.

O puede comunicarse con su Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Ohio Department of Job and Family Services
Bureau of Civil Rights



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 220

30 East Broad Street, 30th Floor
Columbus, Ohio 43215

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil o puede llamarnos a la línea directa de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para obtener ayuda.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si así lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar su queja ante nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el Gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2 , sección E, página 24.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

J4. Formulario de queja y apelación del afiliado

Para presentar una queja o una apelación, llame, escriba o envíe un fax a Buckeye Health Plan. También puede usar el formulario de la página 209 y enviarlo por fax o por correo a la siguiente dirección:

Para preguntas médicas, problemas, quejas o apelaciones:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances
Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

Fax: 1-844-273-2671.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 221

Para apelaciones de medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

Fax: 1-866-388-1766

Para preguntas, problemas o reclamos sobre medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances
Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

Fax: 1-844-273-2671.

No tiene que utilizar este formulario para presentar una queja o una apelación. Simplemente puede llamar a Servicios al Afiliado para informar su queja o apelación al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 222

Formulario de queja y apelación del afiliado

Complételo y envíelo por correo o fax a la siguiente dirección:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Atención: Appeals and Grievances – Medicare Operations 7700 Forsyth Blvd | St. Louis, MO | 63105

Fax: 1-844-273-2641.

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid) tendrá una resolución al reclamo a más tardar a los 30 días calendario o 2 días para brindarle acceso a la atención médica, a partir de la fecha en que usted presente el reclamo. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Sin embargo, si nos extendemos este plazo, se lo notificaremos a usted o a su representante. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida”, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja “rápida”. Si usted presenta un reclamo “rápido”, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289/TTY/TDD 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Como miembro de Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid), usted tiene derecho a presentar una apelación por cualquier denegación relacionada con la cobertura de servicios médicos (Parte C) o de medicamentos recetados (Parte B). Puede presentar solicitudes de apelación por escrito o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Buckeye le informará una decisión dentro de los siguientes plazos desde la recepción de su solicitud:

Apelaciones médicas previas al servicio estándares: **15 días calendario.**

Apelaciones estándar relacionadas con medicamentos que requieren receta médica de la Parte B: **7 días calendario.**

Apelaciones médicas previas al servicio aceleradas: **72 horas.**

Apelaciones aceleradas relacionadas con los medicamentos recetados de la parte B: **72 horas**

Las apelaciones relacionadas con problemas de pago para medicamentos de la Parte C y la Parte B recibirán una decisión de apelación estándar dentro de los 60 días calendario de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días corridos más para la Parte C previa al servicio. Le informaremos a usted o a su representante por escrito si decidimos demorar más días para tomar la decisión.

* **Las apelaciones expeditadas** hacen referencia a que usted considera que utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su vida o su salud o dañar su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento. También debe solicitar la cobertura de atención médica o de un medicamento que aún no ha recibido.

Nombre del afiliado: Apellido _____ Nombre _____

Número de identificación de Medicare: _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Relación con el afiliado* (seleccione una): Titular Padre Tutor legal Cónyuge

Otro: _____

**Si se selecciona otra opción distinta a "Titular", se requerirá un formulario de prueba de tutela, poder legal o un formulario de designación de representante (por sus siglas en inglés, AOR). Este formulario está disponible en nuestro sitio web.*

Nombre de la persona que presenta la apelación: _____

Número(s) de teléfono: Particular: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Médico: _____

Tipo de queja (elija una opción):

- Abuso, Negligencia, Acceso a servicios
- Solicitud de servicio; Problemas por pagos de reclamos/Apelaciones
- Solicitud de medicamentos recetados o Proceso de determinación y redeterminación de cobertura/problemas
- Servicio al Cliente
- Inscripción y anulación de la inscripción
- Fraude y abuso
- Comercialización
- Problemas de privacidad
- Calidad de la atención

¿Esta queja está relacionada con sus medicamentos? (elija una opción): Sí No

Si respondió Sí anteriormente, ¿tiene suficiente suministro para los próximos 7 días? (elija una opción):

Sí No

¿Cuál es su queja? _____

¿Cómo puede Buckeye solucionar su problema? _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted respecto de esta queja? (elija una opción):

Teléfono Correo electrónico

Otro: _____

Proporcione información de contacto adicional (es decir, número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc.):

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarle beneficios de ambos planes a las personas inscritas.

Solo para uso administrativo

Número de queja: _____ Fecha de recepción: _____

Tipo de apelación (elija una opción):

- Apelación previa al servicio (médica) estándar: (revisión de 15 días corridos)
- Apelación previa al servicio (médica) acelerada: (revisión de 72 horas)
- Apelación de la Parte B (medicamentos recetados) estándar: (revisión de 7 días corridos)
- Apelación de la Parte B (medicamentos recetados) acelerada: (revisión de 72 horas)
- Apelación de problemas de pago estándar (medicamentos de la Parte C y la Parte B): (plazo de revisión de 60 días corridos)

¿Qué se le denegó? (Incluya una copia de la carta de denegación).

¿Por qué cree que debería recibir <este(a)/estos(a)> servicios o receta médicos o pago?

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted respecto de esta apelación? (elija una opción):

Teléfono Correo electrónico

Otro: _____

Firma de la persona que presenta la apelación: _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 / TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarle beneficios de ambos planes a las personas inscritas.

Solo para uso administrativo

Número de apelación: _____ Fecha de recepción: _____

Capítulo 10: Cómo cambiar o cancelar su afiliación a nuestro plan MyCare Ohio

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cambiar o cancelar su afiliación a nuestro plan. Puede cambiar su afiliación a nuestro plan si elige obtener sus servicios de Medicare por separado (usted permanece en nuestro plan para recibir los servicios de Medicaid). Usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan al elegir otro plan MyCare Ohio. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid de Ohio mientras cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. MyCare Ohio	228
B. Cómo cambiar o cancelar su afiliación a nuestro plan	229
C. Cómo afiliarse a otro plan MyCare Ohio	229
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid	229
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	229
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid	232
E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su afiliación.	233
F. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación a nuestro plan	233
G. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud	234
H. Su derecho a presentar una queja si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar su afiliación a nuestro plan.....	235
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan.....	235

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 227



A. MyCare Ohio

Puede cancelar su afiliación a Buckeye Health Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Original Medicare.

Si cambia su afiliación a nuestro plan al elegir obtener sus servicios de Medicare por separado, ocurre lo siguiente:

- Seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que hizo la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud para dejar de tener Medicare a través de nuestro plan el 18 de enero, la nueva cobertura de Medicare comenzará el 1.º de febrero.

Si cancela su afiliación a nuestro plan al elegir otro plan MyCare Ohio, ocurre lo siguiente:

- Si solicita el cambio a otro plan MyCare Ohio antes de los últimos cinco días del mes, su afiliación se cancelará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura en otro plan MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 18 de enero, la cobertura de su nuevo plan comenzará el 1.º de febrero.
- Si solicita el cambio a otro plan MyCare Ohio en los últimos cinco días del mes, su afiliación se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura en otro plan MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 30 de enero, la cobertura de su nuevo plan comenzará el 1.º de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo cambiar o cancelar su afiliación llamando a los siguientes números:

- La línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, sección G3, página 123 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 228

B. Cómo cambiar o cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide cambiar o cancelar su afiliación:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 227.

Consulte la Sección A anterior a fin de obtener información sobre cuándo entrará en efecto su solicitud para cambiar o cancelar su afiliación.

C. Cómo afiliarse a otro plan MyCare Ohio

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en otro plan MyCare Ohio.

Para inscribirse en otro plan MyCare Ohio haga lo siguiente:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura de Buckeye Health Plan se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid

Si no quiere inscribirse en otro MyCare Ohio plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado. Buckeye Health Plan seguirá ofreciendo los servicios de Medicaid.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted dejará de recibir los servicios de Medicare de nuestro plan automáticamente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 229



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage, que incluiría la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1. <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de Buckeye Health Plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
--	---

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede elegir un plan de la Parte D en este momento.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1. <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de Buckeye Health Plan cuando comience la cobertura de Original Medicare y del plan de medicamentos que requieren receta médica.</p>
---	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Programa del Seguro de Salud para la Tercera Edad (SHIP), el Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1. <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de Buckeye Health Plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
--	---

D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Debe recibir sus beneficios de Medicaid a través del plan MyCare Ohio. Por lo tanto, aunque no quiera obtener sus beneficios de Medicare a través del plan MyCare Ohio, puede recibir sus beneficios de Medicaid a través de Buckeye Health Plan u otro plan de atención administrada de MyCare Ohio.

Si no se inscribe en otro plan MyCare Ohio, seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Entre sus servicios de Medicaid se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Cuando ya no reciba los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de identificación de afiliado y un nuevo *Manual del Afiliado* para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiarse a otro plan MyCare Ohio para obtener sus beneficios de Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su afiliación.

Si cambia o cancela su afiliación a Buckeye Health Plan, llevará un tiempo hasta que comience su nueva cobertura. Consulte la página 213 para obtener más información. Durante este período, usted seguirá obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red**, incluidos nuestros servicios de farmacia de venta por correo **para surtir sus recetas**.
- **Si usted es hospitalizado el día en que su afiliación en Buckeye Health Plan cambia o termina, nuestro plan cubrirá su internación en el hospital hasta que le den el alta.** Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

F. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación a nuestro plan

Estos son los casos en los que Medicare debe cancelar su afiliación al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare se terminarán el último día del mes en el que se cancele su cobertura con Medicare Parte A o Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para tener Medicaid o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses o si reside habitualmente fuera de Ohio.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.



- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición.
 - Debemos cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

Podemos solicitar a Medicare y Medicaid que cancelen su inscripción en nuestro plan por estas razones:

- Si intencionalmente brinda información incorrecta cuando se inscribe y esa información afecta su elegibilidad.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y dificulta que brindemos atención médica a usted y a otros afiliados.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener atención médica.
 - Si se termina su afiliación por esta razón, Medicare o Medicaid pueden hacer que el inspector general investigue su caso. También es posible que deba enfrentar cargos penales o civiles.

G. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.

H. Su derecho a presentar una queja si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar su afiliación a nuestro plan

Si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra solicitud de cancelar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9 , sección J, página 217 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden cancelar su afiliación, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 235

Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com. 236

Actividades de la vida cotidiana: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Apelación: una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 sección D, página 172.

Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 Sección B, página 102.

Administrador de atención: es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección C, página 8.

Plan de atención: es un plan desarrollado por usted y su administrador de atención, que describe cuáles son las necesidades médicas, de la salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica los objetivos y los servicios para satisfacer esas necesidades. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección G, página 11.

Equipo de atención: un equipo de atención, dirigido por un administrador de atención, puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales que están para ayudarlo a elaborar un plan de atención y garantizar que usted recibe la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección C, página 8.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 sección F, página 25.

Queja: una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 sección J, página 217.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 237



Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Se incluyen las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 sección E2, página 177.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 Sección B, página 110.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección A, página 48

Cancelación de la afiliación: el proceso para cancelar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión). Para obtener más información, consulte el Capítulo 10 Sección B, página 226.

Niveles de los medicamentos: grupos de medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de tres niveles.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, sección L, página 45.

Emergencia: es una afección médica que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideraría tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, podría producir la muerte, una disfunción grave de una parte o un órgano del cuerpo, daños funcionales de una parte del cuerpo o, en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud física o mental o la del bebé por nacer. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado que no se detiene. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, sección H, página 37.

Excepción: un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 sección D, página 115.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D. La Ayuda adicional también se



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 238

denomina “Subsidio por ingreso bajo” o “LIS”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Introducción, en la página 124.)

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del Gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 Sección B, página 110.

Queja formal: una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen las quejas por la calidad de su atención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 sección J, página 217.

Evaluación de salud: es una revisión del historial médico y la afección actual de una persona inscrita. Se utiliza para determinar el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección F, página 10.

Plan de salud: una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención para ayudarlo a coordinar proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección C, página 8.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Cuidado de enfermos terminales: un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Buckeye Health Plan debe brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado de enfermos terminales de su área geográfica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Facturación incorrecta o inadecuada: se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

Paciente internado: un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 239

paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina Formulario. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección J4, página 14.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyo a largo plazo incluyen exenciones de atención a largo plazo y servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCBS). Estas exenciones pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer dentro de su hogar y comunidad. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 sección E, página 37.

Subsidio por ingreso bajo (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o Ayuda Médica): es un programa gestionado por el Gobierno federal y el estado que ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 sección G, página 26.

Médicamente necesario: describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica o, de lo contrario, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Ohio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 Sección B, página 30.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”). Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 sección F, página 25.

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también llamado “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por la



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 240

Parte A y Parte B de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Persona inscrita en Medicare y Medicaid: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado de enfermos terminales médicamente necesarios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Medicare Parte B: el programa de Medicare con el que se cubren servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Medicare Parte C: el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ni por Medicaid. Buckeye Health Plan incluye la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, sección B, página 110.

Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5 sección A, página 106

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona que tiene Medicare y Medicaid, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y por el estado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección E, página 9.

Manual del Afiliado y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otros documentos de cobertura opcional seleccionados, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 sección D2, página 144.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2 sección A, página 18

Modelo de atención: el enfoque estructurado e integrado que Buckeye Health Plan utiliza para brindar



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 241

servicios y garantizar que la atención sea coordinada adecuadamente entre los proveedores, las farmacias y nuestro equipo de coordinación de atención.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 sección A1, página 106.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud. Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrarles un monto adicional a nuestros afiliados. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3 sección A, página 30

Casa de reposo o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Defensoría: una oficina estatal que lo ayuda en caso de tener problemas con nuestro plan. Los servicios de defensoría son gratuitos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, sección H, página 24.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 sección D, página 172.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 242

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el Gobierno. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa (PA) de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Medicamentos de venta libre: todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 sección A8, página 110.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 sección D, página 33.

- **Parte A:** consulte “Medicare Parte A”.
- **Parte B:** consulte “Medicare Parte B”.
- **Parte C:** consulte “Medicare Parte C”.
- **Parte D:** consulte “Medicare Parte D”.
- **Medicamentos de la Parte D:** consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 243

Información médica personal (también llamada información médica protegida, PHI):

información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Buckeye Health Plan para obtener más información sobre cómo Buckeye Health Plan protege, utiliza y divulga su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 sección D, página 33.

Autorización previa: la aprobación necesaria antes de poder recibir determinados servicios o medicamentos. Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, sección D, página 52. Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 Sección B, página 30.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 sección E, página 24.

Límites de cantidad: un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 sección C, página 113.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Área de servicio: el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 244

no son de emergencia). El plan puede cancelarse si usted se muda fuera del área de servicio del plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 sección D, página 9.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Atención en un centro de enfermería especializada: la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 sección D, página 52.

Especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 sección D, página 33.

Audiencia ante el estado: es su oportunidad de hablar sobre su problema ante un representante del estado y demostrar que tomamos la decisión incorrecta. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 sección E4, página 184.

Agencia estatal de Medicaid: el Departamento de Medicaid de Ohio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 sección G, página 25.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 sección C, página 113.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Nivel: Un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre).

Atención requerida de urgencia: la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, sección H, página 37.

Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite mmp.buckeyehealthplan.com. 245



Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al **1-866-549-8289** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y días feriados, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言協助服務。請致電 **1-866-549-8289** (TTY: **711**)，服務時間為週一至週五，早上 8 點到晚上 8 點。非服務時間、週末和假日，您可能需要留言。我們將在下一個工作日內回電給您。此為免付費專線。

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa **1-866-549-8289** (TTY: **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkalipas ng oras ng trabaho, tuwing Sabado at Linggo, at sa mga holiday, posibleng hilingin sa iyo na mag-iwan ng mensahe. Tatawagan ka sa susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le **1-866-549-8289** (TTY: **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. En dehors des heures d'ouverture et durant le week-end et les jours fériés, il vous sera peut-être demandé de laisser un message. Vous serez rappelé le jour ouvrable suivant. L'appel est gratuit.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi **1-866-549-8289** (TTY: **711**), từ 8 a.m. đến 8 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được trả lời vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này được miễn phí.

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Übersetzungsdienst zur Verfügung. Wählen Sie dafür **1-866-549-8289** (TTY: **711**) von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen werden Sie möglicherweise gebeten, eine Nachricht zu hinterlassen. Ihr Anruf wird innerhalb des nächsten Arbeitstages beantwortet. Der Anruf ist kostenlos.

주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 해당 서비스는 **1-866-549-8289**(TTY: **711**) 번으로, 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 문의해 주십시오. 근무시간 이후나 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.

ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по номеру **1-866-549-8289** (TTY: **711**), с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

انتباه: في حال كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم **1-866-549-8289** (TTY: **711**)، من الساعة 8 صباحًا ولغاية الساعة 8 مساءً من الاثنين إلى الجمعة. وقد يُطلب منك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وستتم معاودة الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. والاتصال مجاني.

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili gratuitamente servizi di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-866-549-8289** (TTY: **711**), dalle 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì. Al di fuori di questa fascia oraria, nei fine settimana e nei giorni festivi è possibile che le venga chiesto di lasciare un messaggio. La sua chiamata sarà gestita entro il giorno lavorativo successivo. La chiamata è gratuita.

ATENÇÃO: se falar português, estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Ligue para o número **1-866-549-8289** (TTY: **711**) de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Se ligar fora deste horário, num fim de semana ou num feriado, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A chamada é gratuita.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl-Franse, sèvis asistans lang disponib gratis pou ou. Rele **1-866-549-8289** (TTY: **711**), soti lendi pou rive vandredi, 8è a.m. pou rive 8è p.m. Nan wikenn ak jou konje federal eta a, yo ka mande w pou kite yon mesaj. Y ap retounen w apèl la nan pwochen jou ouvrab la. Apèl la gratis.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-866-549-8289** (TTY: **711**), od poniedziałku do piątku, od 8 do 20. Poza godzinami pracy, w weekendy i święta państwowe może być konieczne zostawienie wiadomości. Nasz agent oddzwoni w kolejnym dniu roboczym. Połączenie jest bezpłatne.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा संबंधी सहायता सेवाएं उपलब्ध होंगी. सोमवार से लेकर शुक्रवार तक सुबह 8 बजे से लेकर रात 8 बजे तक **1-866-549-8289** (TTY: **711**) पर कॉल करें. उपरोक्त समय के अलावा, वीकेंड या छुट्टी के दिनों में आपको मैसेज छोड़ने के लिए कहा जा सकता है. आपके कॉल का जवाब अगले कामकाज के दिन के भीतर दे दिया जाएगा. यह कॉल मुफ्त है.

注目：日本語を話す場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。月曜日から金曜日の午前8時から午後8時の間に**1-866-549-8289** (TTY: **711**)までお電話ください。対応時間外や週末、祝日に電話をかけると、メッセージを残すか尋ねられる場合があります。次の営業日に折り返しお電話いたします。通話は無料です。

ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि भाषासम्बन्धी सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म, बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म **1-866-549-8289** (TTY: **711**) मा कल गर्नुहोस्। कामको नियमित समयबाहेक, साताको अन्तमा र बिदाका दिनहरूमा तपाईंलाई सन्देश छोड्न भन्न सकिन्छ। तपाईंको कलको जवाफ त्यसपछिको कार्यालय खुल्ने दिन भित्रमा दिइने छ। यो कलको शुल्क लाग्दैन।

FIIRO GAARAH: Haddii aad ku hadasho af Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Wac **1-866-549-8289** (TTY: **711**), 8 subaxnimo ilaa 8 habbeenimo, Isniinta ilaa Jimcaha. Saacadaha shaqada kadib, maalmaha fasaxa ee asbuuca iyo maalmaha guud ee fasaxa ah, waxaad codsan kartaa inaad reebto fariin. Waxaa dib lagu soo wici doonaa dhowrka maalmood ee xigga ee ah maalmaha shaqada. Wicitaankaan waa bilaash.

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, huduma za usaidizi wa lugha, za bila malipo, zinapatikana kwako. Piga simu kwa **1-866-549-8289** (TTY: **711**), 8 asubuhi hadi 8 usiku, Jumatatu hadi Ijumaa. Baada ya saa za kazi, katika wikendi au likizo, unaweza kuombwa uache ujumbe. Simu yako itajibiwa ndani ya siku inayofuata ya kazi. Simu hii ni ya bila malipo.

УВАГА: Якщо ви володієте українською мовою, вам безкоштовно доступні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-866-549-8289** (TTY: **711**) з 8:00 до 20:00 з понеділка по п'ятницю. У неробочий час, у вихідні та святкові дні вас можуть попросити залишити повідомлення. Ваш дзвінок буде оброблено протягом наступного робочого дня. Дзвінок безкоштовний.

INTANGAMARARA: Nimba uyaga Ikirundi, ubufasha mu vy'indimi, ku buntu, woburonka. Hamagara **1-866-549-8289** (TTY: **711**), Kuwa Mbere gushika kuwa Gatanu, 8 zo mu gatondo gushika 8 z'umuhingamo. Muri wikendi canke ku biruhuko, twogusaba kudasigira ubutumwa. Tuzokwishura ku guhamagara kwawe umunsi ukurikira w'akazi. Guhamagara ni ubuntu.

注意：如果您说中文普通话，则可以获得免费的语言协助服务。请在周一至周五上午 8 点至晚上 8 点致电 **1-866-549-8289** (TTY: **711**)。工作时间之外、周末以及节假日期间，会要求您留言。工作人员会在下一个工作日给您回电。此号码为免费电话。

توجه: اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در دسترس شما است. از دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، با شماره **1-866-549-8289** (TTY: **711**) تماس بگیرید. در رخصتی های آخر هفته و در رخصتی های فدرال ایالتی، ممکن است از شما خواسته شود که پیام بگذارید. تماس شما ظرف یک روز کاری آینده برگردانده خواهد شد. تماس رایگان است.

ጥቅም: ከግሪክ ጋር ለማወቅ ለሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ በገደብ፣ ለእርስዎ ይገኛሉ። **1-866-549-8289** (TTY: **711**)፣ ከ 8 a.m. እስከ 8 p.m. ይደውሉ። በሰዎች ለመጨረሻ እና በክልል የፌዴራል በዓላት ላይ ለመልእክት እንዲተው ሊጠየቁ ይችላሉ። ጥሪዎ በሚቀጥለው የብራ ቀን ውስጥ ይመለሳል። ጥሪው ነፃ ነው።

ध्यान आपो: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની સેવાઓ વગર કોઈ શુલ્કે ઉપલબ્ધ છે. સોમવારથી શુક્રવાર દરમિયાન સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રે 8 વાગ્યા સુધી **1-866-549-8289** (TTY: **711**) પર કોલ કરો. કામકાજના સમયની બહારના સમયે, શનિ-રવિએ અને રજાઓમાં, તમને મેસેજ છોડી દેવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલ માટે કામકાજના આગલા દિવસની અંદર વળતો કોલ કરવામાં આવશે. એ કોલ મફત હોય છે.

Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan

LLAME AL	1-866-549-8289 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
POR FAX	1-866-704-3064.
POR CORREO	Buckeye Health Plan - MyCare Ohio 4349 Easton Way, Suite 120 Columbus, OH 43219
SITIO WEB	mmp.buckeyehealthplan.com



Si tiene alguna pregunta, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite mmp.buckeyehealthplan.com.