

# Manual del afiliado



1-866-549-8289  
TDD/TTY: 1-800-750-0750

[mmp.BuckeyeHealthPlan.com](http://mmp.BuckeyeHealthPlan.com)

## INFORMACIÓN PARA NUEVOS AFILIADOS

Este manual le brinda información sobre su cobertura de Buckeye. Le explica cómo recibir servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura para medicamentos con receta, servicios del programa de exención basados en el hogar y la comunidad, también llamados servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar, en lugar de ir a un hogar de convalecencia o un hospital. Además, encontrará información adicional como los proveedores que puede utilizar para recibir atención (también conocidos como proveedores de la red), los derechos de los afiliados, los beneficios adicionales y las medidas que puede tomar si no está conforme o de acuerdo con algo.

Además de este manual del afiliado, también debería recibir una *tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye* y una *carta para nuevos afiliados* con información importante, incluida información sobre un Directorio de proveedores y farmacias. Los afiliados inscritos en el programa de exención de MyCare Ohio también recibirán un complemento de su manual del afiliado. Este complemento proporciona información adicional, como los derechos y las responsabilidades de los afiliados, el desarrollo de planes de servicios de exención, la administración de la atención, la coordinación de los servicios de exención e información sobre cómo informar incidentes. Si no recibe esto, llame a Servicios para afiliados para obtener asistencia.

Si bien Buckeye está aprobado por el gobierno estatal y federal para brindar servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid, usted eligió recibir o le asignaron recibir de nuestro plan solo los servicios cubiertos por Medicaid.

**Si desea recibir los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de su plan de atención administrada (MCP) de MyCare Ohio, consulte la página 32 para obtener más información.**

También puede acceder a la información sobre Buckeye en nuestro sitio web en [mmp.BuckeyeHealthPlan.com](http://mmp.BuckeyeHealthPlan.com).

Todos los afiliados se pueden comunicar con Buckeye a través del sitio web. Cada consulta recibirá una respuesta en el plazo de un día hábil de haber recibido el mensaje a través de nuestro sitio web. Esto incluye, entre otras cosas, solicitudes de información para afiliados como tarjetas de identificación, manuales del afiliado y directorios de proveedores.

Otros servicios ofrecidos en el sitio web incluyen los siguientes:

- Noticias y eventos
- Búsqueda de proveedores como médicos, especialistas y centros de atención
- Información sobre programas

Este Manual del afiliado está en vigencia a partir de **diciembre de 2014**.

# Manual del afiliado

## Números de teléfono

**Emergencias:** 911 o número local para emergencias

**Servicios para afiliados de Buckeye:** 1-866-549-8289

**NurseWise:** 1-866-246-4358, opción 7

**Servicio de retransmisión de Ohio:** solo TTY: 1-800-750-0750

El horario de atención de Servicios para afiliados es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, excepto los feriados. Buckeye estará cerrado los siguientes días:

- Año Nuevo
- Día de los Caídos
- Día del Trabajo
- Navidad
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de la Independencia
- Día de Acción de Gracias

Buckeye también permanecerá cerrado dos días más durante el año. Les notificaremos a nuestros afiliados los días que cierren las oficinas con, al menos, 30 días de anticipación.

Si un feriado cae sábado, se pasa al viernes anterior. Si un feriado cae domingo, se pasa al lunes siguiente.

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del PCP fuera del horario de atención: \_\_\_\_\_

Nombre de su administrador de la atención: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de su administrador de la atención: \_\_\_\_\_

Su farmacia: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de su farmacia: \_\_\_\_\_

Su dentista: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de su dentista: \_\_\_\_\_

# Manual del afiliado

## Índice

BIENVENIDA .....	4
¿QUIÉN REÚNE LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MYCARE OHIO? .....	5
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) .....	6
PROVEEDORES DE LA RED .....	7
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	8
SERVICIOS PARA AFILIADOS.....	10
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN .....	11
SERVICIOS CUBIERTOS.....	14
SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO/CENTROS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	16
SERVICIOS DE EXENCIÓN .....	16
HEALTHCHEK (EXÁMENES DE SALUD PARA NIÑOS).....	17
SERVICIOS DE EMERGENCIA .....	18
SERVICIOS/BENEFICIOS ADICIONALES .....	19
SERVICIOS NO CUBIERTOS.....	20
COBERTURA PARA MEDICAMENTOS DE MEDICAID, NO CUBIERTOS POR MEDICARE.....	22
DERECHOS DE LOS AFILIADOS .....	23
SUS RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO .....	26
QUEJAS Y APELACIONES .....	27
AUDIENCIAS DEL ESTADO.....	29
COBERTURA DEL PLAN .....	31
ENFERMEDAD O LESIÓN ACCIDENTAL (SUBROGACIÓN) .....	31
OTRO SEGURO DE SALUD (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS, COB).....	31
AVISO DE PÉRDIDA DEL SEGURO (CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE) .....	31
PÉRDIDA DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID.....	31
RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MEMBRESÍA EN EL MCP .....	31
CANCELACIÓN DE LA MEMBRESÍA EN EL MCP .....	32
AVISO DE PRIVACIDAD .....	36
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS.....	41

# Manual del afiliado

## Bienvenida



Si tiene algún problema para leer o comprender este documento o cualquier otra información de Buckeye Health Plan (plan de Medicare y Medicaid), póngase en contacto con nuestros Servicios para afiliados al 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, para obtener ayuda sin ningún costo para usted.

If you have any problem reading or understanding this or any other Buckeye Health Plan (a Medicare-Medicaid Plan) information, please contact our Member Services at 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750), 8am - 8pm seven days a week, for help at no cost to you.

Podemos explicarle la información o proporcionarle la información verbalmente, en inglés o en su lengua materna. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o en otros formatos. Si tiene problemas auditivos o visuales, podemos brindarle ayuda especial.

Bienvenido a Buckeye Health Plan (Buckeye). Ahora usted es afiliado de un plan de salud MyCare Ohio, también conocido como plan de atención administrada (MCP) de MyCare Ohio. Un MCP es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, y otros proveedores. También posee administradores de la atención y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita. Buckeye presta servicios de atención médica a ciertos residentes de Ohio que reúnen los requisitos para recibir los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid.

Buckeye no discrimina por cuestiones de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud en la recepción de servicios de salud.

*Buckeye Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.*

# Manual del afiliado

## Elegibilidad

### **¿QUIÉN REÚNE LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MYCARE OHIO?**

Usted reúne los requisitos para inscribirse en nuestro plan MyCare Ohio, siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio.
- Tenga las Partes A, B y D de Medicare.
- Tenga cobertura completa de Medicaid.
- Tenga más de 18 años en el momento de la inscripción.

Usted no reúne los requisitos para inscribirse en un plan MyCare Ohio si cumple con las siguientes características:

- Su responsabilidad económica del paciente de Medicaid está atrasada.
- Tiene otra cobertura de atención médica externa acreditable, excepto Medicare.
- Tiene discapacidades intelectuales u otras discapacidades del desarrollo y recibe servicios a través de un programa de exención o de un Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICFIID).
- Está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Además, tiene la opción de no convertirse en afiliado de un plan MyCare Ohio si cumple con los siguientes requisitos:

- Es miembro de una tribu india reconocida por el gobierno federal.
- El Consejo de discapacidades del desarrollo del condado ha determinado que usted reúne los requisitos para recibir sus servicios.
- Tiene 18 años y recibe asistencia de un hogar sustituto o de adopción conforme al Título IV-E, está en un hogar sustituto o fue asignado para vivir fuera del hogar, o recibe servicios a través de la Oficina para niños con discapacidades médicas (BCMh) del Departamento de Salud de Ohio.

Si considera que cumple con alguno de los criterios anteriores y no debería ser inscrito, póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener ayuda.

Buckeye se encuentra disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio. Esta incluye los condados de Clark, Cuyahoga, Fulton, Geauga, Greene, Lake, Lorain, Lucas, Medina, Montgomery, Ottawa y Wood. Si se muda a un lugar que se encuentra fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Si se muda, comuníquese a su oficina del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado y a Buckeye.

## Tarjetas de identificación

### **TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID)**

Su tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye reemplaza su tarjeta mensual de Medicaid. Esta tarjeta tiene validez mientras sea afiliado. No recibirá una nueva tarjeta todos los meses como ocurría con la tarjeta de Medicaid.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de afiliado cuando reciba servicios o medicamentos con receta cubiertos por el plan. Esto significa que deberá mostrar su nueva tarjeta de identificación de afiliado si recibe servicios de:

- Su proveedor de atención primaria (PCP)
- Especialistas y otros proveedores
- Dentistas y proveedores de servicios oftalmológicos
- Salas de emergencias o centros de atención de urgencia
- Hospitales por cualquier motivo
- Proveedores médicos
- Farmacias
- Laboratorios o proveedores de estudios por imágenes
- Centros de enfermería o de vivienda asistida
- Proveedores de servicios de exención

Llame a Servicios para afiliados lo antes posible al 1-866-549-8289 si ocurre lo siguiente:

- Todavía no recibió su tarjeta.
- Alguno de los datos de la tarjeta no es correcto.
- Su tarjeta está dañada, se pierde o se la roban.
- Tiene un bebé.

Siempre debe informarle al proveedor que también tiene cobertura de Medicare, y es posible que este desee ver su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

# Manual del afiliado

## Proveedores

### **PROVEEDORES DE LA RED**

Es importante comprender que los afiliados deben recibir los servicios cubiertos de centros o proveedores que se encuentren en la red de proveedores de Buckeye. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan de salud y, excepto por los copagos de farmacia, ha aceptado nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red incluyen, entre otros, médicos, enfermeros practicantes certificados, farmacias, clínicas, hospitales, centros de enfermería, agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicaid. El único momento en el que puede usar proveedores que no estén en la red es para lo siguiente:

- Servicios de emergencia.
- Centros de salud/clínicas de salud rurales aprobados por el gobierno federal.
- Un proveedor fuera de la red que Buckeye haya aprobado para consultar durante o después del período de transición de la atención.
  - Durante un período específico después de su inscripción en el programa MyCare Ohio, usted podrá recibir servicios de ciertos proveedores fuera de la red o dejar de recibir los servicios que fueron autorizados por Ohio Medicaid. Esto se llama período de transición de la atención. Tenga en cuenta que los períodos de transición comienzan el primer día de la fecha de entrada en vigencia de cualquier plan MyCare Ohio. Si cambia su plan MyCare Ohio, el período de transición de la cobertura de un proveedor fuera de la red no vuelve a comenzar. La *carta para nuevos afiliados* que se adjunta tiene más información sobre los períodos de transición, los servicios y los proveedores. Si usted consulta actualmente a un proveedor que no pertenece a la red o si ya tiene servicios aprobados o programados, es importante que llame a Servicios para afiliados de inmediato (hoy o lo más pronto posible) para que podamos organizar los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

Para saber qué proveedores se encuentran en nuestra red, llame a Servicios para afiliados al 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750) o visite nuestro sitio web en [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com). También puede ponerse en contacto con la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1 o visitar el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). Para solicitar un Directorio de proveedores y farmacias impreso en cualquier momento, llame a Servicios para afiliados al 1-866-549-8289. Tanto Servicios para afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios de los proveedores de nuestra red.

# Manual del afiliado

## **PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Todos los afiliados de Buckeye deben elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red de proveedores. Su PCP es un médico o un grupo de médicos con capacitación en medicina familiar, medicina interna, medicina general, obstetricia/ginecología, geriatría, pediatría, un enfermero practicante certificado y asistente médico.

Su PCP trabajará con usted para administrar su atención médica. Su PCP realizará sus controles de atención preventiva y le brindará tratamiento para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Si fuera necesario, su PCP lo remitirá a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital.

- Aunque no necesite una aprobación (llamada “remisión”) de su PCP para ver a otros proveedores, sigue siendo importante que se ponga en contacto con su PCP antes de ver a un especialista o después de concurrir al departamento de emergencias o urgencia. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados.

Para comunicarse con su PCP, llame a su consultorio. El nombre y el número de teléfono de su PCP se encuentran impresos en su tarjeta de identificación de Buckeye.

## **Normas de plazos para citas**

Buckeye tiene contratos con proveedores para proporcionar acceso dentro de los siguientes plazos:

- Las citas de rutina y los exámenes físicos deben estar disponibles dentro de los 28 días de la solicitud.
- Las citas de urgencia de atención primaria (sin riesgo de muerte) deben estar disponibles dentro de las 6 horas de la solicitud.
- La atención de urgencia debe estar disponible dentro de las 24 horas.
- La atención de urgencia con un especialista debe estar disponible dentro de las 24 horas de la remisión.
- Las remisiones a los especialistas deben realizarse dentro de las 4 semanas de la solicitud.
- La atención de emergencia debe recibirse inmediatamente y debe estar disponible las 24 horas del día.
- Los síntomas persistentes deben tratarse antes de que finalice el siguiente día hábil después del contacto inicial con el PCP.
- Las remisiones a los especialistas deben programarse dentro de las cuatro (4) semanas de la solicitud o en menos tiempo según las indicaciones del médico.
- La atención que no es de urgencia, como las consultas al médico, deben estar disponibles dentro de las 72 horas de la solicitud.

# Manual del afiliado

- Se debe brindar atención a las pacientes con cuidado prenatal en los siguientes plazos:
  - Tres (3) semanas de un resultado positivo de la prueba de embarazo (prueba casera o análisis de laboratorio)
  - Tres (3) semanas de la identificación de alto riesgo
  - Siete (7) días de la solicitud en el primer y tercer trimestre
  - Tres (3) días de la primera solicitud en el tercer trimestre
- Se debe proporcionar atención de salud conductual inmediatamente para servicios de emergencia, dentro de las 24 horas de la solicitud de atención de urgencia y dentro de los diez (10) días de la solicitud de atención de rutina.

Si tiene problemas para conseguir una cita con un proveedor y necesita ayuda, póngase en contacto con su administrador de la atención o con Servicios para afiliados.

## **Cambio de PCP**

Si por algún motivo desea cambiar de PCP, primero debe llamar al Departamento de Servicios para afiliados para solicitar el cambio. Puede cambiar su PCP todos los meses.

A veces, su PCP puede dejar nuestra red de proveedores. Si esto ocurre, le enviaremos una carta para notificarle y le daremos información sobre un nuevo PCP o sobre cómo puede elegir un nuevo PCP.

Buckeye le enviará una nueva tarjeta de identificación para informarle que su PCP ha cambiado y la fecha en la que puede comenzar a consultar a su nuevo PCP.

Para conocer los PCP que se encuentran en nuestra red, puede consultar su directorio de proveedores si solicitó una copia impresa, puede visitar nuestro sitio web en [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com) o puede llamar a Servicios para afiliados al 1-866-549-8289 para obtener ayuda.

# Manual del afiliado

## Servicios para afiliados

### **SERVICIOS PARA AFILIADOS**

El Departamento de Servicios para afiliados se encuentra disponibles para ayudarle con lo siguiente:

- Respuestas a preguntas sobre beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid
- Ayuda para resolver problemas de acceso a la atención médica o a los medicamentos con receta, y respuestas a preguntas sobre copagos de medicamentos con receta
- Respuestas a preguntas sobre servicios que requieren autorización previa
- Ayuda para encontrar un proveedor
- Presentación de una queja o apelación
- Cambio de PCP
- Acceso a servicios de interpretación
- Cambio de dirección
- Acceso a la administración de la atención y a servicios de salud conductual las 24 horas.

Llame a los Servicio para afiliados hoy mismo para obtener más información.

### **Servicios para afiliados**

**1-866-549-8289**

**TTY 1-800-750-0750**

**De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana**

## Administración de la atención

### **ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN**

Buckeye ofrece servicios de administración de la atención a todos los afiliados. Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, recibirá una evaluación de las necesidades de atención médica dentro de los primeros 15 a 75 días de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, según su estado de salud. Los enfermeros de nuestra línea NurseWise de atención las 24 horas y los administradores de la atención llevarán a cabo estas evaluaciones por teléfono o personalmente. Esta evaluación es importante ya que nos ayuda a trabajar con usted para comprender lo que desea en términos de su bienestar físico, mental y social. También nos ayuda a identificar al administrador de la atención adecuado para trabajar con usted de manera personalizada para satisfacer sus necesidades diarias. Lógicamente, puede hablar con su administrador de la atención o llamar a Servicios para afiliados para solicitar el cambio de su administrador de la atención.

Después de su evaluación de riesgo de la salud, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención desarrollarán un plan de atención. Un **plan de atención** es el plan que estipula qué servicios médicos, de salud conductual, de apoyo a largo plazo, sociales y funcionales obtendrá, y cómo los obtendrá. Todos los años (o con más frecuencia según sus necesidades), su equipo de atención trabajará junto con usted para actualizar su plan de atención cuando los servicios que usted necesita y desea cambien.

Si usted recibe servicios del programa de exención basados en el hogar y la comunidad, también tendrá un **plan de servicios**. El plan de servicios detalla los servicios que obtendrá y con qué frecuencia. Este plan de servicios formará parte de su plan de atención general.

**Nuestro programa de atención administrada está diseñado para permitirnos trabajar con los afiliados a fin de ayudarlos a mantener una buena salud y asistirlos a ellos y a sus médicos en la coordinación de los servicios que puedan necesitar para administrar su salud. El objetivo de nuestro programa es averiguar qué información o servicios necesitan los afiliados para poder ser más independientes en cuanto a la satisfacción de sus necesidades de atención médica.**

### ***Servicios de administración de la atención***

Buckeye ofrece servicios de administración de la atención que se encuentran disponibles para todos los afiliados. Nuestro programa de administración de la atención ayuda a los afiliados a obtener más información de sus preocupaciones relacionadas con la salud, como por ejemplo:

- Asma
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)

# Manual del afiliado

- Enfermedad coronaria arterial (CAD)
- Hipertensión no leve (presión arterial alta)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad mental grave
- Limitación cognitiva o del desarrollo grave
- Trastorno por abuso de sustancias de alto costo o de alto riesgo
- Internaciones o visitas frecuentes a la sala del departamento de emergencias

## ***Servicios de administración de la atención mientras se encuentra en transición***

Asegúrese de informarle a su administrador de la atención si lo ingresan en un centro de atención de enfermería o un hospital, o si le dan de alta de un centro, especialmente si recibe atención de un hospital o una sala de emergencias que no se encuentra en la red de Buckeye. Su administrador de la atención lo ayudará a garantizar que su atención esté coordinada entre los entornos, para que todos sus proveedores tengan información sobre sus medicamentos y su plan de atención. Queremos asegurarnos de que sus pruebas y análisis se realicen una sola vez y que los proveedores, como su PCP, conozcan los resultados. Sus médicos siempre tendrán su autorización antes de divulgar información médica con otros proveedores.

Si usted es paciente de un hospital y se siente lo suficientemente bien como para recibir visitas, nuestros enfermeros o trabajadores sociales pueden visitarlo en su habitación para analizar sus necesidades de planificación del alta, responder cualquier pregunta que pueda tener sobre los beneficios y servicios que ofrecemos, y proporcionarle información sobre nuestro programa de administración de la atención. Nuestro personal siempre consultará primero con el personal del hospital antes de entrar en su habitación para asegurarnos de que sea el momento adecuado para visitarlo.

Además:

- El personal de Buckeye, incluidos enfermeros, administradores de la atención y trabajadores sociales, puede ponerse en contacto con el afiliado si el médico ha solicitado una llamada telefónica, si el afiliado solicita la llamada telefónica o si Buckeye considera que los servicios de administración de la atención serían útiles para el afiliado.
- Es posible que el personal de Buckeye le haga preguntas al afiliado para obtener más información sobre sus afecciones.
- El personal de Buckeye le proporcionará información al afiliado para ayudarlo a comprender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios (incluidos los recursos locales).
- El personal de Buckeye hablará con el PCP del afiliado y con otros proveedores de servicios para coordinar la atención.

# Manual del afiliado

- Los afiliados deben llamar al Departamento de Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750) si tienen preguntas sobre los servicios de administración de la atención o si consideran que se beneficiarían de estos servicios.

Si bien Buckeye proporciona servicios de administración de la atención a nuestros afiliados, sabemos que algunos afiliados preferirían no participar. Para afiliados identificados específicamente, Buckeye ofrece un proceso “para cancelar la participación en la administración de la atención”. Si decide no participar en nuestro programa de administración de la atención, puede cancelar su participación en cualquier momento mediante una notificación a su administrador de la atención.

Llame al Departamento de Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750) si desea obtener más información sobre nuestros servicios de administración de la atención. Puede llamar a Servicios para afiliados durante las 24 horas del día para acceder a los servicios de administración de la atención. Si hay algún cambio en su atención y necesita asistencia inmediata después del horario de atención habitual, es importante que se ponga en contacto con nosotros.

# Manual del afiliado

## Servicios cubiertos

### **SERVICIOS CUBIERTOS**

Medicaid brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid de Ohio paga las primas de Medicare de ciertas personas y paga los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, excepto por los medicamentos con receta. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo, como los servicios del programa de “exención” basados en el hogar y la comunidad, y servicios de vivienda asistida y atención en un hogar de convalecencia a largo plazo. También cubre servicios odontológicos y oftalmológicos. Dado que usted eligió recibir o le asignaron recibir solo los servicios cubiertos por Medicaid de nuestro plan, Medicare será el pagador principal de la mayoría de los servicios. Puede elegir recibir tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través de Buckeye, de modo que todos sus servicios estén coordinados. Consulte la página 32 para obtener más información sobre cómo elegir esto.

Como afiliado de Buckeye, continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid sin costo alguno, excepto por los medicamentos con receta que requieran un copago (consulte la página 22).

- Transporte en ambulancias y unidades de traslado\*
- Servicios de vivienda asistida\*
- Servicios de enfermeras parteras certificadas
- Servicios de enfermeros practicantes certificados
- Servicios de quiropraxia (espalda)
- Servicios odontológicos (incluida cirugía bucal\*)
- Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis clínicos\*)
- Suministros y equipos médicos duraderos\*
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios en un centro de maternidad independiente (los afiliados pueden llamar a Servicios para afiliados para consultar si hay algún centro calificado y contratado en Ohio)
- Servicios en centros de salud o clínicas de salud rurales aprobados por el gobierno federal
- Servicios de enfermería a domicilio y privados\*
- Atención en un hospicio (atención para personas con enfermedades terminales, p. ej., pacientes con cáncer)\*
- Servicios para pacientes internados en un hospital\*
- Suministros médicos\*
- Servicios de salud mental y por abuso de sustancias\* (póngase en contacto con Servicios para afiliados al 1-866-549-8289, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-750-0750, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana para obtener acceso a los servicios en caso de crisis de salud conductual)

# Manual del afiliado

- Servicios y apoyos a largo plazo y centros atención de enfermería\*
- Servicios de obstetricia (atención de maternidad: servicios prenatales y posparto, incluidos servicios para embarazos de riesgo) y ginecología
- Servicios para pacientes externos\*
- Terapia ocupacional y fisioterapia\*
- Examen físico requerido para trabajar o para participar en programas de capacitación laboral si el examen no es ofrecido gratis por otra fuente
- Servicios de podología (pie)
- Medicamentos con receta (ciertos medicamentos no cubiertos por la Parte D de Medicare)
- Mamografías preventivas (mama) y exámenes para detectar cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)
- Servicios de proveedores de atención primaria
- Diálisis renal (enfermedad renal)
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre obesidad
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Vacunas (inmunizaciones)
- Servicios de especialistas
- Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos\*
- Servicios de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)\*
- Servicios oftalmológicos (ópticos), incluidos anteojos (incluye cirugía\*)
- Servicios de exención\*
- Exámenes de salud para niños (Healthchek) menores de 21 años
- Exámenes anuales de salud para adultos

*Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados de Buckeye o lea el Manual del afiliado de Buckeye. Los beneficios, la Lista de medicamentos cubiertos y las redes de farmacias y proveedores y los copagos pueden cambiar ocasionalmente durante todo el año y el 1 de enero de cada año. Los copagos para medicamentos con receta pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.*

\*Estos servicios requieren **autorización previa** del plan de salud; esto que significa que necesitamos cierta información de usted, su proveedor o el coordinador de servicios de exención para aprobar el servicio. Si no aprobamos un servicio, le enviaremos información sobre cómo puede apelar nuestra decisión y sobre su derecho a una audiencia del estado.

Póngase en contacto con su administrador de la atención o con Servicios para afiliados para obtener más información.

# Manual del afiliado

Nota: la mayoría de los servicios recibidos de un proveedor que no forma parte de nuestra red requieren autorización previa de Buckeye. Póngase en contacto con su administrador de la atención o con Servicios para afiliados para obtener más información.

Si tiene que viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de atención médica cubiertos, Buckeye le proporcionará transporte hacia el consultorio del proveedor y desde este. Póngase en contacto con Servicios para afiliados o con su administrador de la atención para obtener ayuda.

Además de la asistencia con el transporte que proporciona Buckeye, los afiliados pueden recibir asistencia con el transporte para determinados servicios a través del **programa de transporte que no sea de emergencia (NET)** del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado. Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios del NET.

## **SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO/CENTROS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La Oficina del defensor del pueblo para atención a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los servicios de atención a largo plazo en los hogares de convalecencia y en su hogar o comunidad, y a resolver problemas entre los proveedores y los afiliados o sus familias. Puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan en relación con su hogar de convalecencia o los servicios y apoyos a largo plazo. Puede llamar al 1-800-282-1206, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratis. Puede presentar una queja por Internet en: <http://aging.ohio.gov/contact/> o puede enviar una carta a:

Ohio Department of Aging: LTC Ombudsman  
50 W. Broad St./9th Floor  
Columbus, OH 43215-3363

## **SERVICIOS DE EXENCIÓN**

Los servicios de exención están diseñados para satisfacer las necesidades de los afiliados mayores de 18 años que, según lo determina el estado de Ohio o su representante, cumplen con un nivel de atención intermedio o especializado. Estos servicios ayudan a las personas a vivir y a desarrollarse de manera independiente. Si está inscrito en un programa de exención, consulte el Manual del afiliado del programa de servicios de exención basados en el hogar y la comunidad de MyCare Ohio para obtener información sobre los servicios de exención.

# Manual del afiliado

## **HEALTHCHEK (EXÁMENES DE SALUD PARA NIÑOS)**

Healthchek es el beneficio de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación de salud y análisis de laboratorio para todas las personas menores de 21 años que reúnan los requisitos para Medicaid. Estos exámenes son importantes para asegurarse de que los adultos jóvenes estén sanos y se estén desarrollando física y mentalmente. Los afiliados menores de 21 años deben realizarse, al menos, un examen por año.

Healthchek también cubre exámenes médicos, oftalmológicos, odontológicos, auditivos, nutricionales, del desarrollo y de salud mental completos, además de otra atención para tratar problemas físicos, mentales u otras afecciones o problemas que se detecten en un examen. Healthchek cubre servicios de pruebas y tratamiento que pueden no estar cubiertos para personas mayores de 20 años. Es posible que algunos de estos servicios de pruebas y tratamiento requieran autorización previa.

Los servicios de Healthchek se encuentran disponibles sin costo para los afiliados e incluyen lo siguiente:

- Controles preventivos para adultos jóvenes menores de 21 años.
- Pruebas de detección de Healthchek:
  - Exámenes médicos completos (con una revisión del desarrollo físico y mental).
  - Exámenes oftalmológicos.
  - Exámenes odontológicos.
  - Exámenes auditivos.
  - Controles nutricionales.
  - Exámenes del desarrollo.
- Análisis de laboratorio para personas de ciertas edades.
- Vacunas.
- Atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otros problemas de salud o problemas que se encuentran durante una prueba de detección. Esto puede incluir, entre otros, los siguientes servicios:
  - Consultas con un proveedor de atención primaria, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de Buckeye para diagnosticar y tratar problemas o afecciones.
  - Atención para pacientes internados en un hospital y pacientes externos.
  - Visitas a una clínica.
  - Medicamentos con receta.
  - Análisis de laboratorio.
- Educación de salud.

Además, los servicios de administración de la atención se encuentran disponibles para todos los afiliados. Consulte la página 11 para obtener más información sobre los servicios de administración de la atención que ofrece nuestro plan.

Es muy importante realizarse controles preventivos y pruebas de detección para que sus proveedores puedan detectar cualquier problema de salud de manera temprana y tratarlo, o realizar una remisión a un especialista para el tratamiento, antes de que el problema empeore. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa de nuestro plan. Además, es posible que su proveedor requiera autorización previa para algunos de los beneficios o servicios de EPSDT a fin de cubrir los servicios que tienen límites o que no tienen cobertura para los afiliados mayores de 20 años.

Para obtener los servicios de Healthchek, puede llamar al consultorio de su PCP o su dentista y programar una cita. Asegúrese de informarle que es para Healthchek. Si desea obtener más información sobre el programa Healthchek o si necesita asistencia para acceder a la atención de los servicios cubiertos, concertar una cita con un proveedor, obtener transporte o autorizaciones previas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para filiados de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750).

## **SERVICIOS DE EMERGENCIA**

Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted considera que es tan grave que debe recibir tratamiento inmediato de un médico. Cubrimos la atención de emergencia en el condado donde viva y fuera de este.

Algunos ejemplos de cuándo son necesarios servicios de emergencia incluyen los siguientes:

**-Dolor en el pecho -Envenenamiento -Fractura de brazo o pierna -Hemorragia grave -Quemaduras graves -Falta de aire repentina o dificultad para respirar -Aborto involuntario/embarazo con hemorragia vaginal**

No es necesario que se ponga en contacto con Buckeye para recibir autorización antes de que obtenga servicios de emergencia.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) MÁS CERCANA o diríjase a otro lugar adecuado.

Si no está seguro de si debe ir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de atención primaria o a NurseWise al 1-866-246-4358 (opción 7). Su PCP o el personal de NurseWise pueden hablarle sobre su problema médico y brindarle asesoramiento sobre lo que debe hacer.

**NurseWise**

**Teléfono: 1-866-246-4358 (opción 7)**

# Manual del afiliado

Recuerde que si necesita servicios de emergencia debe hacer lo siguiente:

- Ir a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otro lugar adecuado. Asegurarse de informar que es afiliado de Buckeye y de mostrar su tarjeta de identificación.
- Si el proveedor que lo atiende en caso de emergencia se ocupa de su emergencia, pero considera que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia o para mantener su condición estable, el proveedor debe llamar a nuestro plan.  
NurseWise se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en el número que se encuentra arriba.
- Llamar a su PCP de Buckeye (o solicitarle al hospital que llame a su PCP) lo más pronto posible. Esto es para informarle a su PCP la atención que usted recibió. El PCP puede hacerse cargo de la coordinación de su atención. Debe ponerse en contacto con su PCP dentro de las 24 horas para coordinar la atención de seguimiento dentro del área de servicio con proveedores participantes.
- Si debe permanecer en el hospital, asegúrese de que alguien se comunique con nuestro plan en un plazo de 24 horas.

## **SERVICIOS/BENEFICIOS ADICIONALES**

Buckeye también ofrece los siguientes servicios o beneficios adicionales a sus afiliados.

### **NurseWise**

NurseWise es una línea telefónica gratis de atención las 24 horas, a través de la cual las personas que llaman pueden hablar con representantes del servicio de atención al cliente o con miembros bilingües del personal de enfermería. El servicio de enfermería de clasificación de urgencias brinda acceso a una amplia variedad de servicios relacionados con la salud, incluidos educación de salud, resurtidos urgentes de medicamentos, transporte para recibir tratamiento e intervenciones en caso de crisis.

Los servicios que se enumeran a continuación se encuentran disponibles llamando a NurseWise al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750):

- Línea de asesoramiento médico.
- Biblioteca de información de salud.
- Ayuda para determinar adónde recurrir para recibir atención.
- Respuestas a preguntas sobre su salud.
- Asesoramiento sobre un niño enfermo.
- Información sobre embarazos.
- Asesoramiento sobre las dosis de medicamento que debe darle a su hijo.

# Manual del afiliado

¿No está seguro de si debe ir a la sala de emergencias? A veces es posible que no esté seguro de si debe ir a la sala de emergencias. Llame a NurseWise. Podrán ayudarle a decidir adónde recurrir para recibir atención.

## **Beneficio de artículos de venta libre**

Buckeye también cubre \$70 por trimestre para artículos de venta libre de nuestra farmacia de pedidos por correo. Los afiliados pueden recibir productos como vitaminas, antiácidos, suministros de primeros auxilios, artículos para el cuidado bucal y analgésicos gratis en su hogar.

Para obtener más información sobre cualquiera de estos beneficios adicionales que ofrecemos, llame a Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

## **SERVICIOS NO CUBIERTOS**

Buckeye no pagará los servicios o suministros recibidos sin seguir las instrucciones de este manual. No pagaremos los siguientes servicios que no están cubiertos por Medicaid:

- Abortos, salvo en el caso de violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de acupuntura y biorretroalimentación.
- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar o ayudar a causar la muerte de una persona.
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos no cubiertos por Medicaid y que no cumplan con los estándares de práctica habituales.
- Servicios para la infertilidad para hombres o mujeres, incluidos procedimientos para revertir la esterilización voluntaria.
- Tratamiento para pacientes internados en un hospital para que dejen de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes internados en un hospital general están cubiertos).
- Prueba de paternidad.
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria.
- Servicios para el tratamiento de la obesidad, a menos que se determine que son médicamente necesarios.
- Servicios para descubrir la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses.
- Servicios que Medicare u otro pagador externo determinen que no son médicamente necesarios.

# Manual del afiliado

- Asesoramiento matrimonial o sexual.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o es legalmente incapaz de consentir con tal procedimiento.

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o nuestro plan. Si tiene una pregunta acerca de si un servicio está cubierto, llame al Departamento de Servicios para afiliados.

# Manual del afiliado

# Cobertura para medicamentos de Medicaid

## **MEDICAMENTOS CON RECETA - SIN COBERTURA DE LA PARTE D DE MEDICARE**

Si bien la mayoría de los medicamentos con receta están cubiertos por la Parte D de Medicare, existen algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare, pero que sí están cubiertos por Buckeye. Puede ver la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan en nuestro sitio web en BuckeyeHealthPlan.com. Los medicamentos indicados no están cubiertos por la Parte D de Medicare, pero sí están cubiertos por Buckeye Medicaid.

Tendrá los siguientes copagos para los medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan:

<b><u>Nivel del medicamento</u></b>	<b><u>Copago para el afiliado</u></b>
Medicamentos genéricos cubiertos por Medicaid	\$1.20
Medicamentos de marca cubiertos por Medicaid	\$3.60

Nota: los medicamentos cubiertos por Medicare deben obtenerse de Medicare. Puede inscribirse en Buckeye para recibir todos los servicios cubiertos por Medicare, incluidos los medicamentos con receta. Póngase en contacto con Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-549-8289 para obtener más información o con la línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 ([www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com)) para inscribirse.

Si considera que se le está cobrando el copago incorrecto, debe informarle a la farmacia y podrá obtener su medicamento con receta. Usted le seguirá debiendo el copago a la farmacia, y la farmacia puede negarse a prestar servicios en el futuro por copagos no pagados si se le notifica con antelación. Póngase en contacto con Servicios para afiliados inmediatamente. Ellos podrán ayudarle a resolver cualquier preocupación que tenga acerca de los copagos de sus medicamentos con receta. Si se le cobró el copago incorrecto, el Departamento de Servicios para afiliados puede coordinar un reembolso de la farmacia o el plan de salud.

También es posible que solicitemos que su proveedor nos envíe información (una solicitud de autorización previa) para explicar por qué se requiere un medicamento específico o cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que obtenga el medicamento. Los motivos por los que podemos autorizar un medicamento previamente incluyen los siguientes:

- Existe un medicamento genérico o una alternativa de la farmacia disponible.
- Existe la posibilidad de abuso/uso incorrecto del medicamento.
- Existen otros medicamentos que deben probarse primero.
- Algunos medicamentos pueden tener límites de cantidad.

Si no aprobamos una solicitud de autorización previa para un medicamento, le enviaremos información sobre cómo puede apelar nuestra decisión y su derecho a una audiencia del estado. Puede llamar a Servicios para afiliados para solicitar información sobre medicamentos que requieren autorización previa. También puede consultar nuestro sitio web en BuckeyeHealthPlan.com. Tenga en cuenta que nuestra lista de medicamentos que requieren autorización previa puede cambiar. Por lo tanto, es importante que usted o su proveedor verifiquen esta información cuando necesite surtir o resurtir un medicamento.

# Manual del afiliado

## Derechos de los afiliados

### **DERECHOS DE LOS AFILIADOS**

Como afiliado de nuestro plan de salud, usted tiene los siguientes derechos:

- A recibir todos los servicios que nuestro plan debe proporcionar.
- A ser tratado con respeto e interés por su dignidad y privacidad.
- A estar seguro de la información de sus registros médicos se mantendrá confidencial.
- A recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguna persona que usted haya aprobado legalmente para que tenga la información o que usted haya indicado que debe ser contactada en caso de emergencia cuando proporcionarle la información a usted no es lo más recomendable para su salud.
- A poder formar parte de la toma de decisiones sobre su atención médica, a menos que no sea para su mejor interés.
- A recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica, que pueda brindarse de manera que usted pueda comprender.
- A estar seguro de que otras personas no puedan escucharlo o verlo cuando reciba atención médica.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de fuerza, disciplina, facilidad o venganza, según se especifica en las reglamentaciones federales.
- A solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y a poder solicitar cambios o correcciones a los registros, en caso de necesario.
- A poder aprobar o no la divulgación de información sobre usted, a menos que la ley nos obligue.
- A poder rechazar un tratamiento o terapia. Si rechaza, el médico o nuestro plan deben hablar con usted acerca de lo que podría pasar y deben colocar una nota en su registro médico sobre esto.
- A poder presentar una apelación, un reclamo (queja) o a solicitar una audiencia del estado. Consulte la página 26 de este manual para obtener información.
- A poder recibir toda la información del afiliado del MCP por escrito de nuestro plan:
  - sin costo alguno para usted;
  - en los idiomas predominantes de los afiliados que no sean inglés en el área de servicio del MCP;
  - de otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los afiliados que, por cualquier motivo, pueden tener problemas para leer la información.
- A poder recibir ayuda gratis de nuestro plan y sus proveedores si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- A poder recibir ayuda mediante lenguaje de señas si tiene problemas auditivos.
- A que se le informe si el proveedor de atención médica es un estudiante y a poder rechazar su atención.
- A que se le informe sobre cualquier atención experimental y a poder negarse a

# Manual del afiliado

participar.

- A preparar instrucciones anticipadas (testamento en vida). Consulte la página 41 que explica sobre las instrucciones anticipadas.
- A presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio porque no se siguieron sus instrucciones anticipadas.
- A cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) por otro PCP de la red, al menos, una vez por mes. Debemos notificarle por escrito quién es el nuevo PCP antes de la fecha del cambio.
- A ser libre para ejercer sus derechos y saber que el MCP, los proveedores del MCP o el Departamento de Medicaid de Ohio no usarán esto en su contra.
- A saber que debemos cumplir con todas las leyes estatales y federales y otras leyes de privacidad que se apliquen.
- A elegir el proveedor que le proporcione atención siempre que sea posible y adecuado.
- Si es mujer, a poder consultar a un proveedor de salud de la mujer de nuestra red para recibir servicios de salud de la mujer cubiertos.
- A poder recibir una segunda opinión de un proveedor calificado de nuestra red. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, debemos coordinar una consulta con un proveedor que no se pertenezca a nuestra red.
- A recibir información sobre (nombre del MCP) de nosotros.
- A ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o la Agencia de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares a las direcciones que se encuentran a continuación por cualquier queja relacionada con discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

## Office for Civil Rights

United States Department of Health and Human Services  
233 N. Michigan Ave. – Suite 240  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 886-2359 (312) 353-5693 TTY

## Bureau of Civil Rights

Ohio Department of Job and Family Services  
30 E. Broad St., 30<sup>th</sup> Floor  
Columbus, Ohio 43215  
(614) 644-2703 1-866-227-6353 1-866-221-6700 TTY  
Fax: (614)752-6381

# Manual del afiliado

Las leyes requieren que mantengamos la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la página 36.

# Manual del afiliado

## Responsabilidades como afiliado

### SUS RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO

**Como afiliado de Buckeye, usted también tiene diversas responsabilidades. Estas se utilizan para aprender y comprender todos los derechos que tiene en virtud de los programas de Medicaid y Medicare. Esto incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:**

- Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
- Hacer cualquier cambio en su plan de salud y su proveedor de atención primaria de las maneras establecidas por los programas de Medicaid y Medicare y por Buckeye.
- Concurrir a las citas programadas.
- Llevar su tarjeta de identificación con usted.
- Notificar a su PCP si recibe tratamiento en la sala de emergencias.
- Cancelar citas de antemano si no puede asistir.
- Si Buckeye le proporciona transporte para que asista a una cita médica, usted debe llevar un asiento de seguridad para niños si viaja con un niño que tenga menos de 4 años o que pese menos de 40 libras.
- Comunicarse siempre con su PCP o con la línea NurseWise de Buckeye primero en caso de necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Dirigirse a la sala de emergencias únicamente cuando considere que se trata de una emergencia.
- Compartir información relacionada con su estado de salud con su PCP e informarse sobre todas las opciones de servicio y tratamiento en. Esto incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:
  - Informar a su PCP sobre su salud.
  - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y hacer preguntas sobre las diferentes formas en las que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
  - Ayudar a sus proveedores a obtener sus registros médicos.
  - Participar activamente en las decisiones relacionadas con opciones seguras de servicio y tratamiento, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantener su salud. Esto incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:
    - Trabajar como un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es la adecuada para usted.
    - Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
    - Tratar a los proveedores y al personal con respeto.

# Manual del afiliado

## Quejas y apelaciones

### **CÓMO INFORMARLE A BUCKEYE SI NO ESTÁ SATISFECHO O DE ACUERDO CON UNA DECISIÓN QUE HAYAMOS TOMADO**

Si no está satisfecho con algo de nuestro plan o sus proveedores, debería ponerse en contacto con nosotros tan pronto como sea posible. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado. Usted, o alguien a quien usted autorice para que hable en su nombre, puede ponerse en contacto con nosotros. Si desea autorizar a alguna persona para que hable en su nombre, deberá informárnoslo. Queremos que se ponga en contacto con nosotros para poder ayudarlo.

### **Quejas (también denominadas reclamos)**

Si se pone en contacto con nosotros porque no está satisfecho con algo de nuestro plan o con uno de nuestros proveedores, esto se denomina reclamo. Por ejemplo, si no puede obtener una cita de manera oportuna, si cree que el personal del consultorio del proveedor no lo trató imparcialmente o si recibe una factura, debe ponerse en contacto con nosotros. Debe ponerse en contacto con nosotros en un plazo de 90 días calendario a partir del día en que tuvo el problema. Le daremos una respuesta a su reclamo por teléfono (o por correo si no podemos comunicarnos por teléfono) dentro de los plazos especificados a continuación:

- 2 días hábiles para reclamos por no poder recibir atención médica.
- 30 días calendario para todos los otros reclamos que no sean por no poder recibir atención médica.

También tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento poniéndose en contacto con los siguientes departamentos:

Departamento de Medicaid de Ohio  
Bureau of Managed Care  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709  
1-800-324-8680

Departamento de Seguros de Ohio  
50 W. Town Street  
3<sup>rd</sup> Floor – Suite 300  
Columbus, Ohio 43215  
1-800-686-1526

### **Apelaciones**

Si no está de acuerdo con ciertas decisiones/acciones de nuestro plan, y se pone en contacto con nosotros en un plazo de 90 días calendario para solicitar que cambiemos nuestra decisión/acción, esto se denomina apelación. Le enviaremos una respuesta por escrito si tomamos una decisión de lo siguiente:

- Rechazar una solicitud para cubrir un servicio o solo dar una aprobación parcial de esa solicitud.
- Reducir, suspender o detener los servicios que habíamos aprobado antes de que usted reciba todos los servicios que estaban aprobados.
- Negar el pago por un servicio que usted recibió porque no es un beneficio cubierto.

# Manual del afiliado

También le enviaremos un documento por escrito si, para la fecha en que debemos hacerlo, no hicimos lo siguiente:

- Tomamos una decisión de cubrir un servicio que usted solicita.
- Le dimos una respuesta sobre algo con lo que usted nos dijo no estar satisfecho.

Si no está de acuerdo con la decisión/acción mencionada en la carta, puede ponerse en contacto con nosotros para apelar. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío en la carta. A menos que le indiquemos una fecha diferente, le daremos una respuesta a su apelación por escrito en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en que se puso en contacto con nosotros. Usted, o su proveedor que realiza la solicitud en su nombre o la respalda, pueden solicitar una decisión más rápida. Esto se llama una decisión acelerada. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que el plazo de la toma de decisiones estándar podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. Si se decide que su afección de salud cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se tomará lo más rápido que sea necesario, pero en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido la solicitud. Si rechazamos la solicitud de acelerar la decisión, le notificaremos por escrito en un plazo de dos (2) días calendario.

Si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que se aprobaron, la carta le indicará cómo puede continuar recibiendo los servicios y cuándo es posible que deba pagar por estos.

## **Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para presentar un reclamo o una apelación**

- Llame a nuestro Departamento de Servicios para afiliados al 1-866-549-8289.
- Complete el formulario en su manual del afiliado.
- Llame al Departamento de Servicio para afiliados para solicitar que le envíen por correo un formulario.
- Visite nuestro sitio web en [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com).
- Escribanos una carta para contarnos con lo que no está satisfecho. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de su tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye y su dirección y número de teléfono para que podamos ponernos en contacto con usted, si es necesario. También debe enviarnos cualquier información que ayude a explicar su problema.

# Manual del afiliado

Envíe por correo el formulario o la carta a la siguiente dirección:

Attention: Appeals and Grievances  
Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
4349 Easton Parkway, Suite 200  
Columbus, Ohio 43219

Servicios para afiliados  
1-866-549-8289  
TTY 1-800-750-0750

## **AUDIENCIAS DEL ESTADO**

Si usted no está de acuerdo con ciertas decisiones/acciones del plan, también puede pedirle al estado que cambie nuestra decisión/acción solicitando una audiencia del estado. Una audiencia del estado es una reunión con usted, alguien del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado, alguien de nuestro plan y un funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Explicaremos por qué tomamos nuestra decisión y usted indicará por qué piensa que tomamos la decisión equivocada. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene razón según la información dada y si seguimos las reglas.

Le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia del estado cuando suceda lo siguiente:

- La decisión se tome para rechazar una solicitud para cubrir un servicio o solo dar una aprobación parcial de esa solicitud.
- La decisión se tome para reducir, suspender o detener los servicios que habíamos aprobado previamente antes de que usted reciba todos los servicios aprobados.
- El proveedor le facture a usted por los servicios que prestó. Si usted recibe una factura, póngase en contacto con Servicios para afiliados lo antes posible. Primero, intentaremos ponernos en contacto con el proveedor para ver si acepta dejar de facturarle.
  - Si usted se encuentra en el programa de exención de MyCare Ohio, puede tener otros derechos de audiencia del estado. Consulte el Manual del afiliado del programa de servicios exención basados en el hogar y la comunidad para conocer la elegibilidad y los servicios del programa de exención.

# Manual del afiliado

Si quiere una audiencia del estado, debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días calendario. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío en el formulario de audiencias. Si tomamos una decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de que se reciban todos los servicios aprobados y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío en el formulario, no tomaremos la medida hasta que se reciban todos los servicios aprobados o hasta que la audiencia se decida, lo que ocurra primero. Es posible que deba pagar por los servicios que reciba después de la fecha propuesta para reducir, suspender o detener los servicios si el funcionario de audiencias está de acuerdo con nuestra decisión.

Por lo general, las decisiones de las audiencias del estado se toman en un plazo máximo de 70 días calendario después de haber recibido la solicitud. Usted o su representante autorizado pueden solicitar una decisión más rápida, llamada decisión acelerada. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que el plazo de la toma de decisiones estándar podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. Si la Oficina de audiencias del estado decide que su afección de salud cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se tomará lo más rápido que sea necesario, pero en un plazo máximo de tres (3) días hábiles después de haber recibido la solicitud.

# Manual del afiliado

## Cobertura del plan

### **Cómo solicitar una audiencia del estado**

Para solicitar una audiencia, puede firmar y enviar el formulario de audiencias del estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario, llame a la Oficina de audiencias del estado al 1-866-635-3748, o envíe su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). Si desea obtener información sobre los servicios legales gratuitos, pero no conoce el número de la oficina local de asistencia legal, puede llamar al número gratuito de los Servicios legales de Ohio al 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO).

### **ENFERMEDAD O LESIÓN ACCIDENTAL (SUBROGACIÓN)**

Si tiene que ver a un médico por una lesión o enfermedad que otra persona o entidad comercial causó, debe llamar al Departamento de Servicios para afiliados para informarnos sobre esta situación. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente automovilístico o porque un perro lo muerde, o si se cae o se lesiona en una tienda, es posible que otra compañía aseguradora deba pagar la factura del médico o del hospital. Cuando nos llame, necesitaremos el nombre de la persona responsable, su compañía aseguradora y los nombres de los abogados involucrados.

### **OTRO SEGURO DE SALUD (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS, COB)**

Sabemos que usted también tiene cobertura de salud a través de Medicare. Si tiene cualquier otro seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame al Departamento de Servicios para afiliados y al asistente social del condado para consultar sobre su seguro. También es importante que llame a los Servicios para afiliados y al asistente social del condado si ha perdido el seguro de salud que había informado con anterioridad. Si no nos proporciona esta información, puede tener problemas al recibir atención y con las facturas.

### **AVISO DE PÉRDIDA DEL SEGURO (CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE)**

En el momento en que usted pierde el seguro de salud, debe recibir un aviso, conocido como certificado de cobertura acreditable, de su antigua compañía aseguradora en el que se le indica que ya no tiene seguro. Es importante que conserve una copia de este aviso para sus registros porque le podrían solicitar que proporcione una copia.

### **PÉRDIDA DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID**

Es importante que mantenga sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado. Si no asiste a una visita o no les brinda la información que solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto sucede, se le indicará a nuestro plan que suspenda su membresía como afiliado de Medicaid y usted ya no tendrá cobertura.

### **RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MEMBRESÍA EN EL MCP**

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero se inicia de nuevo en un plazo de 60 días, se volverá a inscribir automáticamente en Buckeye.

# Manual del afiliado

## Cómo cambiar su membresía

### **CANCELACIÓN DE LA MEMBRESÍA EN EL MCP**

Usted vive en un área de inscripción obligatoria de MyCare Ohio, lo que significa que debe seleccionar un plan de atención administrada de MyCare Ohio, a menos que cumpla con una de las excepciones que se mencionan en la página 5. Si su área cambia a un área de inscripción voluntaria, el Departamento de Medicaid de Ohio le notificará sobre el cambio.

Dado que usted eligió recibir o le asignaron recibir solo los beneficios de Medicaid a través de Buckeye, únicamente puede cancelar la membresía en ciertos momentos del año. Puede elegir cancelar su membresía durante los primeros tres (3) meses de la membresía inicial o durante el mes de inscripción abierta anual. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará un documento por correo para notificarle cuándo es el mes de inscripción abierta anual. Si vive en un área de inscripción obligatoria de MyCare Ohio, debe elegir otro plan de MyCare Ohio para recibir su atención médica.

Si desea cancelar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. También puede enviar una solicitud en línea en el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). La mayoría de las veces, si usted llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de ese período, su membresía no finalizará hasta el primer día del otro próximo mes. Si elige otro plan de atención administrada, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de la membresía.

### **Cómo elegir un nuevo plan**

Si piensa en cancelar su membresía para cambiarse a otro plan de salud, debe conocer sus opciones. En especial, si desea mantener sus proveedores actuales. Recuerde que cada plan de salud tiene una red de proveedores que usted debe usar. Cada plan de salud también tiene información por escrito que explica los beneficios que ofrece y las normas que deben seguirse. Si desea obtener información por escrito sobre un plan de salud en el que piensa inscribirse o si solo desea hacer preguntas sobre el plan de salud, puede llamar al plan o llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. Para obtener información sobre los planes de salud en su área, también puede visitar el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com).

# Manual del afiliado

## **Cómo elegir recibir los beneficios de Medicare y Medicaid de un plan MyCare Ohio**

Puede solicitar recibir los beneficios de Medicare y Medicaid de Buckeye y permitirnos ser su único punto de contacto para todos sus servicios de Medicare y Medicaid.

Si desea obtener más información o solicitar este cambio, puede ponerse en contacto con la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

Línea directa de Medicaid de Ohio  
1-800-324-8680  
[www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com)

## **Cancelaciones de la membresía por una causa justa**

A veces puede existir una razón especial por la cual debe cancelar su membresía en el plan de salud. Esto se llama cancelación de la membresía por una “causa justa”. Antes de poder solicitar una cancelación de la membresía por una causa justa, primero debe llamar a su plan de atención administrada y darles una posibilidad de resolver el asunto. Si no pueden resolver el asunto, puede solicitar una cancelación por una causa justa en cualquier momento si tiene una de las siguientes razones:

1. Se mudó y su MCP actual no se encuentra disponible donde vive ahora y debe recibir atención médica que no es de emergencia en su nueva área antes de que finalice su membresía en el MCP.
2. El MCP no cubre un servicio médico que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que necesita se deben recibir al mismo tiempo, y todos los servicios no se encuentran disponibles en el equipo de su MCP.
4. Le preocupa no estar recibiendo atención de calidad y los servicios que necesita no se encuentran disponibles de otro proveedor en el equipo de su MCP.
5. No tiene acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid o no tiene acceso a proveedores que tienen experiencia en el manejo de sus necesidades de atención médica especiales.
6. El PCP que eligió ya no se encuentra en el equipo de su MCP y era el único PCP en el equipo de su MCP que hablaba su idioma y se encontraba a una distancia razonable de usted. Otro plan de salud tiene un PCP en su equipo que habla su mismo idioma y se encuentra a una distancia razonable de usted y lo aceptará como paciente.
7. Otras: si piensa que permanecer como afiliado en su plan de salud actual es perjudicial para usted y no es para su mejor interés.

# Manual del afiliado

Para solicitar la cancelación de su membresía por una causa justa, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud de cancelación de su membresía por una causa justa y decidirá si cumple con la razón de una causa justa. Recibirá una carta por correo en la que se le indicará si el Departamento de Medicaid de Ohio cancelará su membresía y las fechas en que lo hará. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan de atención administrada para recibir su atención médica, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le indique lo contrario. Si se rechaza su solicitud de una causa justa, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que le explica su derecho a una audiencia del estado para apelar la decisión.

## **Puntos que debe tener en cuenta si cancela su membresía**

Si ha seguido cualquiera de los pasos anteriores para cancelar su membresía, recuerde lo siguiente:

- Continúe usando los médicos y otros proveedores de Buckeye hasta el día en que sea afiliado de su nuevo plan de salud, a menos que todavía se encuentre en el período de transición o viva en un área de inscripción voluntaria y elija volver a Medicaid regular.
- Si elige un nuevo plan de salud y no ha recibido una tarjeta de identificación de afiliado antes del primer día del mes en que es un afiliado del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para afiliados del plan. Si no pueden ayudarlo, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.
- Si se le permitió volver a su tarjeta de Medicaid regular y no ha recibido una tarjeta de Medicaid nueva, llame al asistente social del condado.
- Si ha elegido un nuevo plan de salud y tiene consultas médicas programadas, llame al plan nuevo para asegurarse de que estos proveedores se encuentren en la lista de proveedores del nuevo plan y se hayan realizado todos los trámites necesarios. Algunos ejemplos de los casos en que debe llamar al nuevo plan incluyen: cuando tiene una cita para ver a un médico nuevo, en el caso de una cirugía, análisis de sangre o radiografía programados y, en especial, si está embarazada.
- Si se le permitió volver a Medicaid regular y tiene consultas médicas programadas, llame a los proveedores para asegurarse de que aceptarán la tarjeta de Medicaid regular.

# Manual del afiliado

## **¿Puede Buckeye cancelar mi membresía?**

Buckeye puede solicitarle al Departamento de Medicaid de Ohio que cancele su membresía por ciertas razones. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aprobar la solicitud antes de que se pueda cancelar su membresía.

Las razones por las cuales podemos pedir que se cancele su membresía son las siguientes:

- Por fraude o uso incorrecto de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Por comportamiento perturbador o poco colaborador en la medida en que afecte la capacidad del MCP de brindarles servicios a usted o a otros afiliados.

Buckeye les brinda servicios a nuestros afiliados por un contrato que nuestro plan tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si desea ponerse en contacto con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a:

Ohio Department of Medicaid  
Bureau of Managed Care  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709

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 Ohio al 7-1-1

También puede visitar el Departamento de Medicaid de Ohio en Internet en:

<http://www.medicaid.ohio.gov/PROVIDERS/ManagedCare/IntegratingMedicareandMedicaidBenefits.aspx>.

También puede ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado si tiene preguntas o necesita realizar cambios en su dirección, ingresos u otro seguro.

Puede ponerse en contacto con Buckeye para obtener cualquier otra información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de nuestro plan y cómo les pagamos a nuestros proveedores, o si tiene alguna sugerencia sobre lo que debemos cambiar. Llame al Departamento de Servicios para afiliados al 1-866-549-8289; (TTY 1-800-750-0750).

# Manual del afiliado

## Aviso de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**En vigencia a partir del 1 de enero de 2013**

Para obtener ayuda para traducir o para comprender esto, llame al 1-866-549-8289.

Las personas con problemas auditivos deben llamar al número TTY 1-800-750-0750.

For help to translate or understand this text, please call

1-866-549-8289. (TTY 1-800-750-0750).

Se ofrecen servicios de interpretación sin cargo.

---

En Buckeye Health Plan, su privacidad es importante para nosotros. Haremos todo lo posible para proteger sus registros médicos. Por ley, debemos proteger sus registros médicos y enviarle este aviso.

Este aviso indica cómo usamos sus registros médicos. Describe cuándo podemos compartir sus registros con terceros. Explica sus derechos sobre el uso de sus registros médicos. También le indica cómo usar estos derechos y quién puede ver sus registros médicos. Este aviso no se aplica a la información que no lo identifica.

Cuando hablamos de sus registros médicos en este aviso, incluye cualquier información sobre su salud física o mental pasada, presente o futura mientras sea afiliado de Buckeye Health Plan. Esto incluye brindarle atención médica a usted. También implica el pago por su atención médica mientras es nuestro afiliado.

### **Cómo usamos o compartimos sus registros médicos**

A continuación, mencionamos las maneras en que podemos usar o compartir sus registros médicos:

- Para ayudar a pagar sus facturas médicas que los proveedores de atención médica nos envían.
- Para ayudar a los proveedores de atención médica a brindar la atención adecuada. Por ejemplo, si usted se encuentra en el hospital, posiblemente les brindaremos los registros que su médico nos envíe.
- Para ayudar a administrar su atención médica. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para sugerir un programa para su enfermedad o bienestar que podría ayudar a mejorar su salud.
- Para ayudar a resolver apelaciones o reclamos que usted o un proveedor de atención médica presente ante Buckeye Health Plan o el estado de Ohio.
- Para ayudar a terceros que nos ayudan a prestarle servicios médicos. No compartiremos sus registros con estos grupos externos, a menos que acepten proteger sus registros.

# Manual del afiliado

- Para asistencia en caso de desastre o de salud pública.
- Para recordarle su próxima consulta al médico.
- Para darle información sobre otros tratamientos y programas de atención médica, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

Las leyes estatales y federales pueden solicitarnos que brindemos sus registros médicos a terceros por las siguientes razones:

- A agencias estatales y federales que nos regulan, como el Departamento de Medicaid de Ohio.
- Para acciones de salud pública. Por ejemplo, es posible que la Administración de Medicamentos y Alimentos deba verificar o realizar un seguimiento de los medicamentos y problemas con dispositivos médicos.
- A grupos de salud pública si consideramos que hay una amenaza grave a la salud pública o la seguridad.
- A una agencia de atención de la salud para ciertas actividades, como auditorías, inspecciones, certificaciones profesionales y medidas disciplinarias.
- A un tribunal o agencia administrativa.
- A oficiales de cumplimiento de la ley. Por ejemplo, podemos darle sus registros a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona perdida.
- A una persona del gobierno en un caso de abuso infantil, negligencia o violencia en su hogar.
- A un médico forense o examinador médico para identificar una persona fallecida o ayudar a encontrar la causa de muerte o a un director de funeraria para ayudarle a cumplir con sus obligaciones.
- Para la obtención, la acumulación o el trasplante de órganos.
- Para funciones gubernamentales especiales, como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional y para ayudar a proteger al Presidente y a terceros.
- Con respecto a lesiones relacionadas con el trabajo, debido a las leyes de compensación laboral del estado.

Si una de las razones anteriores no aplica, debemos obtener su aprobación por escrito para usar o compartir sus registros médicos con terceros. Si cambia de opinión, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

## ¿Cuáles son sus derechos?

Los siguientes son sus derechos con respecto a sus registros médicos. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros. Puede llamarnos al **1-866-549-8289**.

- **Tiene derecho a pedirnos que les demos sus registros solo a ciertas personas o grupos y a indicar las razones.** También tiene derecho a pedirnos que evitemos que sus registros se entreguen a miembros de la familia u otras personas que estén involucradas en su atención médica. Tenga en cuenta que aunque intentaremos cumplir con sus deseos, la ley no nos obliga a hacerlo.
- **Tiene derecho a solicitarnos recibir comunicaciones confidenciales de sus registros médicos.** Por ejemplo, si cree que se vería perjudicado si enviamos sus registros a su dirección postal actual, puede pedirnos que le enviemos los registros médicos por otros medios. Los otros medios pueden ser fax o una dirección alternativa.
- **Tiene derecho a ver y a obtener una copia de todos los registros que tenemos sobre usted en su conjunto designado de registros.** Esto consiste en todo lo que usamos para tomar decisiones sobre su salud. Incluye inscripción, pago, procesamiento de reclamaciones y registros de administración médica.

No tiene derecho a obtener ciertos tipos de registros médicos. Podemos decidir no entregarle lo siguiente:

- Información en notas de psicoterapia.
- Información recopilada a fin de anticiparse razonablemente a acciones o procedimientos civiles, criminales o administrativos, o de usarla en estos casos.
- Información sujeta a ciertas leyes federales sobre productos biológicos y laboratorios clínicos.

En ciertas situaciones, podemos no permitirle obtener una copia de sus registros médicos. Se le informará por escrito. Es posible que tenga derecho a que se revise nuestra medida.

- **Tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios en registros médicos incorrectos o incompletos que tengamos sobre usted.** Estos cambios se denominan enmiendas. Necesitamos que usted solicite el cambio por escrito. Debe dar una razón para dichos cambios. Le comunicaremos nuestra respuesta por escrito antes de los 60 días a partir de la recepción de su carta. Si necesitamos más tiempo, podemos tomarnos hasta 30 días adicionales. Le informaremos sobre cualquier demora y la fecha en que le daremos una respuesta.

# Manual del afiliado

Si hacemos los cambios solicitados, le informaremos que los hicimos. También les informaremos sus cambios a terceros que sabemos que tienen sus registros médicos y a otras personas que usted indique. Si decidimos no hacer los cambios, le informaremos las razones por escrito. Tendrá derecho a presentar una carta en la que indique que no está de acuerdo con nosotros. Tenemos derecho a responder su carta. Entonces tendrá derecho a pedir que su solicitud original de cambios, nuestra denegación y su segunda carta en la que expresa su desacuerdo con nosotros se coloquen en sus registros médicos para divulgaciones futuras.

- **Tiene derecho a recibir una lista de los momentos determinados en que les hemos dado sus registros médicos a terceros durante los últimos seis años.** Por ley, no tenemos que darle una lista de lo siguiente:
  - Cualquier registro médico recopilado antes del 1 de enero de 2004.
  - Registros médicos dados o usados para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
  - Registros médicos dados a usted o a terceros con su aprobación por escrito.
  - Información que es secundaria a un uso o una divulgación, que de otra manera fuera permitida.
  - Registros médicos dados a personas que participan en su atención o para otros fines de notificación.
  - Registros médicos usados para fines de inteligencia o seguridad nacional.
  - Registros médicos dados a instituciones correccionales, funcionarios encargados del cumplimiento de la ley o agencias de supervisión de la salud.
  - Registros médicos dados o usados como parte de un conjunto de datos limitados para investigación, con fines de salud pública u operaciones de atención médica.

Su solicitud debe presentarse por escrito. Responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo, podemos tomarnos hasta 30 días adicionales. Su primera lista será gratuita. Le daremos una lista gratuita cada 12 meses. Si solicita otra lista dentro de los 12 meses, podemos cobrarle un cargo. Le indicaremos el cargo con anterioridad y le daremos la opción de retirar su solicitud.

## Uso de sus derechos

- **Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho a cambiar las condiciones de este aviso.** Cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad se aplicará a todos los registros médicos que tenemos. Si hacemos cambios, le enviaremos un aviso nuevo.

# Manual del afiliado

- ***Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre cómo usamos o compartimos sus registros médicos, llámenos.*** Puede llamarnos al **1-866-549-8289**. La oficina se encuentra abierta de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito en la siguiente dirección:

Privacy Official  
Buckeye Health Plan  
Appeals/Grievance Coordinator  
4349 Easton Way, Suite 200  
Columbus, OH 43219  
1-866-549-8289 (TTY 1-800-750-0750)

También puede ponerse en contacto con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Office for Civil Rights - Region V  
U.S. Department of Health & Human Services  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, IL 60601  
1-312-886-2359 (TDD 1-312-353-5693)  
1-312-886-1807 FAX  
1-866-627-7748  
[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

**NO INICIAREMOS ACCIONES CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

# Manual del afiliado

## Instrucciones anticipadas

### ***Cómo usar las instrucciones anticipadas para expresar sus deseos sobre su atención médica***

Muchas personas actualmente se preocupan por la atención médica que recibirían si se enfermaran tan gravemente como para no poder expresar sus deseos. Es posible que algunas personas no quieran permanecer con soporte vital durante meses o años. Otras personas pueden querer que se tomen todas las medidas necesarias para prolongar la vida.

### **USTED TIENE UNA OPCIÓN**

Cada vez más personas toman medidas para dar a conocer sus deseos. Usted puede expresar sus deseos de atención médica por escrito mientras se encuentre sano y con la capacidad de elegir. En el centro de atención médica, deben explicarle su derecho a declarar sus deseos sobre la atención médica. También deben preguntarle si ha dejado por escrito sus deseos.

La información a continuación explica sus derechos a aceptar o a rechazar la atención médica según la ley de Ohio. Le ayudará a elegir su propia atención médica. Esta información también explica cómo puede manifestar sus deseos sobre la atención que quisiera recibir si no pudiera elegirla usted mismo. Esta información no incluye asesoramiento legal, pero le ayudará a comprender sus derechos según la ley. Para obtener asesoramiento legal, debería hablar con un abogado. Para obtener información sobre servicios legales gratuitos, llame al 1-800-589-5888, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

### **¿Cuáles son mis derechos?**

Usted tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea un tipo determinado de atención, tiene derecho a decirle al médico que no lo quiere.

### **¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué sucede si no puedo dar a conocer mis deseos?**

La mayoría de las personas pueden dar a conocer sus deseos sobre la atención médica a sus médicos. Pero algunas personas se enferman demasiado para decirles a los médicos el tipo de atención que quieren.

Según la ley de Ohio, usted tiene derecho a completar un formulario mientras pueda actuar por usted mismo. El formulario les indica a los médicos lo que desea hacer si no puede dar a conocer sus deseos.

### **¿Qué tipos de formularios existen?**

Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o instrucciones anticipadas, que puede usar.

Puede usar un testamento vital, una declaración para el tratamiento de salud mental, un poder de representación duradero para la atención médica o una orden de no reanimar (DNR).

# Manual del afiliado

Complete las instrucciones anticipadas mientras sea capaz de actuar por usted mismo. Las instrucciones anticipadas les indican al médico y a los demás sus deseos sobre la atención médica.

## **¿Debo completar instrucciones anticipadas antes de recibir atención médica?**

No. Nadie puede obligarlo a completar instrucciones anticipadas. Usted decide si desea completar un formulario.

## **¿Quién puede completar instrucciones anticipadas?**

Cualquier persona mayor de 18 años que conserve sus facultades mentales y tome sus propias decisiones puede completar instrucciones anticipadas.

## **¿Necesito un abogado?**

No, no es necesario tener un abogado para completar instrucciones anticipadas. Sin embargo, puede decidir consultar a un abogado.

## **¿Las personas que me brindan atención médica deben cumplir mis deseos?**

Sí, si sus deseos cumplen con la ley estatal. Sin embargo, la ley de Ohio incluye una cláusula de conciencia. Es posible que una persona que le brinda atención médica no pueda seguir sus deseos porque van en contra de su conciencia. Si es así, le ayudará a encontrar a alguien más que los cumpla.

## **TESTAMENTO VITAL**

Este formulario le permite manifestar por escrito sus deseos sobre la atención médica. Usted puede elegir lo que quiere si estuviera demasiado enfermo como para dar a conocer sus propios deseos. Puede indicar cuándo quisiera recibir el suministro artificial de alimentos y agua o cuándo no.

## **¿Cómo funciona un testamento vital?**

Un testamento vital establece en qué medida desea usar los métodos de soporte vital para extender su vida.

Entra en vigencia solo cuando usted se encuentra en las siguientes situaciones:

- Se encuentra en estado de coma que no se espera que termine.
- Está más allá de la ayuda médica, sin esperanzas de mejorar y no puede dar a conocer sus deseos.
- Está agonizando y no puede dar a conocer sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben hacer lo que usted indica en su testamento vital. Un testamento vital les da derecho a cumplir sus propios deseos.

# Manual del afiliado

Solo usted puede cambiar o cancelar su testamento vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

## **ORDEN DE NO REANIMAR**

Las reglamentaciones estatales ofrecen un protocolo de cuidados paliativos con orden de no reanimar y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco según lo desarrollado por el Departamento de Salud de Ohio. Una orden de no reanimar es una instrucción emitida por un médico o, en ciertas circunstancias, por un enfermero practicante certificado o un especialista en enfermería clínica que identifica a una persona y especifica que no se debe administrar RCP a la persona antes identificada. RCP significa reanimación cardiopulmonar o un componente de la reanimación cardiopulmonar, pero no incluye despejar las vías respiratorias de una persona con un propósito que no sea aquel de un componente de RCP.

El protocolo de cuidados paliativos con orden de no reanimar y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco enumera las medidas específicas que los paramédicos, los técnicos médicos de emergencia, los médicos o los enfermeros tomarán al asistir a un paciente con un pedido de cuidados paliativos con orden de no reanimar y cuidados paliativos en caso de paro cardíaco. El protocolo también enumera qué acciones específicas no se deben seguir.

Debe hablar con su médico sobre las opciones del protocolo y de la orden de cuidados paliativos con orden de no reanimar y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco.

## **PODER DE REPRESENTACIÓN DURADERO**

Un poder de representación duradero para la atención médica es diferente de otros tipos de poder de representación. Este folleto habla solo del poder de representación duradero para la atención médica, no sobre otros tipos de poder de representación.

Un poder de representación duradero le permite elegir a alguien para que cumpla sus deseos de atención médica. La persona actúa en su nombre cuando usted no puede hacerlo. Esto podría ser durante un período corto o largo.

### **¿A quién debo elegir?**

Puede elegir a un pariente o amigo adulto en quien confíe para que actúe su nombre cuando usted no puede hacerlo. Asegúrese de hablar con la persona sobre lo que usted desea. Luego escriba lo que desea o lo que no desea en su formulario. También debe hablar con su médico sobre lo que desea. La persona que elige debe cumplir sus deseos.

# Manual del afiliado

## **¿Cuándo entra en vigencia el poder de representación duradero para la atención médica?**

El formulario entra en vigencia solo cuando usted no puede elegir su atención médica por usted mismo, ya sea durante un período corto o largo. Este formulario le permite a su pariente o amigo suspender el soporte vital solo en las siguientes circunstancias:

- Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine.
- Si se prevé que morirá.

## **DECLARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Una declaración para el tratamiento de salud mental se concentra más específicamente en la atención de salud mental. Le permite a una persona, mientras es capaz, nombrar a un representante para que tome decisiones en su nombre cuando esta no tenga la capacidad de decidir. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos sobre el tratamiento. La persona puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamiento y las preferencias relacionadas con la admisión o la retención en un centro.

La declaración para el tratamiento de salud mental sustituye el poder de representación duradero para la atención de salud mental, pero no sustituye el testamento vital.

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

### **¿Cuál es la diferencia entre un poder de representación duradero para la atención médica y un testamento vital?**

El testamento vital explica, por escrito, el tipo de atención médica que quisiera recibir si no pudiera dar a conocer sus deseos. Un poder de representación duradero le permite elegir a una persona para que cumpla sus deseos de atención médica cuando no pueda actuar por usted mismo.

### **Si tengo un poder de representación duradero para la atención médica, ¿necesito también un testamento vital?**

Es posible que quiera tener ambos. Cada uno se ocupa de diferentes partes de su atención médica.

El testamento vital les indica sus deseos directamente a sus médicos, pero solo menciona sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital.

Un poder de representación duradero para la atención médica le permite a una persona que usted elija cumplir sus deseos de toda la atención médica cuando no pueda actuar por usted mismo. Un poder de representación duradero para la atención médica no sustituye un testamento vital.

# Manual del afiliado

## ¿Puedo cambiar mis instrucciones anticipadas?

Puede cambiar sus instrucciones anticipadas cuando quiera. Si ya tiene instrucciones anticipadas, asegúrese de que respeten la ley de Ohio (en vigencia a partir del 10 de octubre de 1991). Puede ponerse en contacto con un abogado para obtener ayuda. Es una buena idea repasar sus instrucciones anticipadas de vez en cuando. Asegúrese de que todavía indiquen lo que usted desea y que cubran todas las áreas.

## Si no tengo instrucciones anticipadas, ¿quién elige la atención médica cuando yo no puedo hacerlo?

La ley de Ohio le permite a su familiar más cercano elegir la atención médica si agoniza y no puede actuar por usted mismo. Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine, su familiar más cercano podría decidir suspender o no usar el soporte vital después de 12 meses. Su familiar más cercano también puede decidir suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua (consulte debajo).

## OTROS ASUNTOS PARA PENSAR

### ¿Qué implica suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua?

El suministro artificial de alimentos y agua hace referencia a la nutrición proporcionada a través de tubos que le colocan dentro del cuerpo. Poder decidir si se suspende o no se usa el suministro depende de su estado de salud.

- **SI** se espera que usted muera y no puede dar a conocer sus deseos  
Y su testamento vital solo menciona que usted no quiere que se usen métodos de soporte vital para prolongar su vida,  
**EN ESE CASO** se puede suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua.
- **SI** se espera que usted muera y no puede dar a conocer sus deseos,  
Y usted no tiene un testamento vital,  
**EN ESE CASO** la ley de Ohio le permite a su familiar más cercano suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua.
- **SI** se encuentra en estado de coma que no se espera que termine,  
Y su testamento vital indica que no quiere el suministro artificial de alimentos y agua,  
**EN ESE CASO** se puede suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua.

# Manual del afiliado

- **SI** se encuentra en estado de coma que no se espera que termine, **Y** usted no tiene un testamento vital, **EN ESE CASO** la ley de Ohio le permite a su familiar más cercano suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua. Sin embargo, el familiar más cercano debe esperar 12 meses y obtener la aprobación de un tribunal testamentario.

## **Si completo instrucciones anticipadas, ¿estoy aceptando la eutanasia o el suicidio asistido?**

No, la ley de Ohio no permite la eutanasia o el suicidio asistido.

## **¿Dónde obtengo los formularios de instrucciones anticipadas?**

Muchas personas y lugares que le brindan atención médica tienen formularios de instrucciones anticipadas. Pídale a la persona que le dio este folleto que le proporcione un formulario de instrucciones anticipadas, como un testamento vital, un poder de representación duradero para la atención médica, una orden de no reanimar o una declaración para el tratamiento de salud mental. Un abogado también podría ayudarle.

## **¿Qué debo hacer con los formularios después de completarlos?**

Debe darles copias a su médico y al centro de atención médica para que las coloquen en sus registros médicos. Entregue una copia a un miembro de la familia o a un amigo en quien confíe. Si ha elegido a una persona en un poder de representación duradero para la atención médica, entréguele una copia. Guarde una copia con sus documentos personales. Puede darle una copia a su abogado o a una persona del clero. Asegúrese de decirle a su familia o amigos sobre lo que ha hecho. No se trata solo de guardar estos formularios y olvidarse de ellos.

## **DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

Los habitantes de Ohio pueden elegir si quieren donar sus órganos y tejidos a otras personas en el caso de morir. Al dar a conocer su preferencia, pueden asegurarse de que sus deseos se cumplirán de inmediato y que sus familias y seres queridos no tendrán la carga de tomar esta decisión en un momento que ya es difícil. Algunos órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

Existen dos maneras de registrarse para convertirse en donante de órganos y tejidos:

- Puede declarar su deseo de ser donante de órganos o tejidos cuando obtiene o renueva su licencia de conducir de Ohio o la tarjeta de identificación del estado.
- Puede completar el formulario de inscripción en el registro de donantes que se adjunta al formulario del testamento vital de Ohio y enviarlo a la Oficina de vehículos motorizados de Ohio.

# Manual del afiliado

*Esta información cuenta con el respaldo de las siguientes organizaciones: Asociación Filantrópica de Hogares y Viviendas para Personas de Edad Avanzada de Ohio, Oficina del Procurador General, Estado de Ohio, Academia de Asilos de Ohio, Consejo para la Atención en el Hogar de Ohio, Departamento para Personas de Edad Avanzada de Ohio, Departamento de Salud de Ohio, Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, Departamento de Salud Mental de Ohio, Asociación de Atención Médica de Ohio, Organización de Hospicios de Ohio, Asociación de Hospitales de Ohio, Asociación de Abogados del Estado de Ohio y Centro Médico del Estado de Ohio.*



**+MyCareOhio**  
*Connecting Medicare + Medicaid*

4349 Easton Way, Suite 200  
Columbus, OH 43219  
1-866-549-8289  
TTY: 1-800-750-0750

**[mmp.BuckeyeHealthPlan.com](http://mmp.BuckeyeHealthPlan.com)**