



2017

MANUAL DEL AFILIADO

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP)



Contenido

A. Piense en su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo.....	2
B. Cambios a los proveedores y farmacias de la red	6
C. Cambios a los beneficios para el año próximo.....	6
Cambios a los beneficios para los servicios médicos	6
Cambios a la cobertura de medicamentos de receta.....	16
D. Cambios administrativos	19
E. Cómo decidir qué plan elegir.....	22
Si desea quedarse en Buckeye.....	22
Si desea unirse a un plan MyCare Ohio diferente.....	22
Si quiere cambiar su participación en Buckeye.....	22
F. Cómo obtener ayuda.....	25
Cómo obtener ayuda de Buckeye	25
Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de Ohio Medicaid	26
Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio	26
Cómo obtener ayuda de Medicare	26



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) ofrecido por Buckeye Community Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2017

Usted está inscrito actualmente como afiliado de Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) (Buckeye). **El año próximo, habrá algunos cambios a los beneficios, cobertura, reglas del plan. Este Aviso anual de cambios le dice sobre los cambios.**

Usted puede terminar su participación en Buckeye en cualquier momento.

A. Piense en su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, usted puede dejar el plan en cualquier momento.

Si abandona nuestro plan, usted seguirá en los programas de Medicare y Medicaid.

- Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página 22 para ver sus opciones).
- Usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de un plan de cuidados administrados de MyCare Ohio (vaya a la página 24 para encontrar información adicional).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

■

Recursos adicionales

- You can get this information for free in other languages. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Puede obtener esta información en otros idiomas gratis. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil. La llamada es gratuita.

- Puede obtener gratis este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Además de pedir materiales en otros idiomas y formatos, puede también pedir que le enviemos materiales futuros en el mismo idioma y formato. Para obtener estos materiales, llame a Servicios para Afiliados.

Sobre Buckeye

- Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio, para proveer beneficios de los dos programas a los afiliados. Éste es para las personas que tienen los dos programas: Medicare y Medicaid.
- La cobertura bajo Buckeye está certificada como cobertura mínima esencial (MEC). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Por favor visite el sitio web del Servicio de rentas internas (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de MEC.
- Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es ofrecido por



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Buckeye Community Health Plan, Inc. Cuando este Aviso anual de cambios diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa Buckeye Community Health Plan, Inc. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan).

Renuncias de garantías

Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados de Buckeye. Esto significa que posiblemente tenga que pagar algunos servicios y que tenga que seguir ciertas reglas para que Buckeye pague sus servicios.

La *Lista de medicamentos cubiertos*, y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar en cualquier momento a lo largo del año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.

Los beneficios pueden cambiar el 1º de enero de cada año.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cosas importantes que hacer:

- Revise si hay algún cambio a nuestros beneficios cubiertos que pueda afectarle.** ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted usa? Es importante revisar los cambios a los beneficios para asegurarse de que funcionarán para usted el año próximo. Busque en la Sección C, página 6 la información sobre cambios a los beneficios de nuestro plan.
- Revise si hay algún cambio a nuestra cobertura de medicamentos de receta que pueda afectarle.** ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos funcionará para usted el año próximo. Busque en la Sección C, página 6 la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
- Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.** ¿Sus médicos están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa? Busque en la Sección B, página 6 la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Piense sobre los costos del plan en general.** ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- Piense si está contento con nuestro plan.**

Si decide quedarse en Buckeye:

Si desea quedarse con nosotros el año próximo, es fácil; no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura es mejor para sus necesidades, usted puede cambiar de planes en cualquier momento. Si se inscribe en un plan nuevo, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la Sección E, página 22 para saber más sobre sus opciones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

B. Cambios a los proveedores y farmacias de la red

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para 2017.

Le recomendamos mucho que revise su *Directorio de proveedores y farmacias* actual para ver si sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. Usted también puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) para pedir información de proveedores actualizada o para pedir que le envíen por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. El horario de atención de Servicios para Afiliados es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Encontrará más información en el Capítulo 3 de su Manual del afiliado.

C. Cambios a los beneficios para el año próximo

Cambios a los beneficios para los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el año próximo. La tabla siguiente describe estos cambios.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco (Consejería e intervenciones para dejar de fumar o consumir tabaco)</p>	<p>El plan cubre sesiones de consejería para dejar de fumar o consumir tabaco.</p>	<p>El plan cubre sesiones de consejería para dejar de fumar o consumir tabaco e intervención. Sesiones de consejería para dejar de fumar o consumir tabaco están disponibles para todos los afiliados del plan.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral completo (uno por proveedor/paciente) • Examen oral periódico, uno cada 180 días para afiliados menores de 21 años, y cada 365 días para afiliados de 21 años o mayores • Servicios preventivos incluyendo profilaxis, flúor, selladores y mantenedores de espacio • Radiografías de rutina/de diagnóstico • Servicio dental integral incluyendo diagnóstico que no es de rutina, servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prótesis, ortodoncia y servicios de cirugía 	<p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral completo (uno por proveedor/paciente) • Examen oral periódico, uno cada 180 días para afiliados menores de 21 años, y cada 365 días para afiliados de 21 años o mayores • Servicios preventivos incluyendo profilaxis, flúor para afiliados menores de 21 años de edad (límite de una vez cada 180 días), sellador-es y mantenedores de espacio • Radiografías de rutina/de diagnóstico • Servicio dental integral incluyendo diagnóstico no de rutina, servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prótesis, ortodoncia y servicios de cirugía
<p>Servicios de un centro de parto independiente</p>	<p>Se aplicarán reglas de autorización previa. Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios diarios de salud para adultos ▪ Servicio de comidas alternativas ▪ Servicios de asistencia con las actividades diarias ▪ Encargado de opciones de cuidados en el hogar ▪ Servicio de ayuda con las tareas del hogar ▪ Transición a la comunidad ▪ Servicios de respuesta a emergencias ▪ Servicios de asistencia con las actividades diarias en la comunidad ▪ Encargado de cuidados en el hogar ▪ Alimentos llevados al hogar 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Estos servicios están disponibles solamente si su necesidad de cuidados a largo plazo ha sido determinada por Medicaid de Ohio.</p> <p>Es probable que usted sea responsable por pagar la responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Para estos servicios se requiere que usted sea elegible y que se haya inscrito en un programa de exención administrado por el estado.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Estos servicios están disponibles solamente si su necesidad de cuidados a largo plazo ha sido determinada por Medicaid de Ohio.</p> <p>Es probable que usted sea responsable por pagar la responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Para estos servicios se requiere que usted sea elegible y que se haya inscrito en un programa de exención administrado por el estado.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la próxima página</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (continuación):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipo médico y dispositivos suplementarios adaptables, que proveen asistencia en el hogar. Límite de \$10,000 cada año de beneficio. ▪ Modificación, mantenimiento y reparación del hogar. Límite de \$10,000 cada año de beneficio. ▪ Servicios de ama de casa ▪ Asistencia para vivir independientemente ▪ Consulta nutricional ▪ Servicios de cuidado para dar respiro fuera del hogar ▪ Servicios de cuidado personal ▪ Control de plagas 		<p>Este beneficio continúa en la próxima página</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (continuación):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consejería con un trabajador social ▪ Servicios de exención de enfermería ▪ Exención para transporte 		
<p>Repelente de insectos</p>	<p>Repelente de insectos no está cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El plan proporcionará repelente de insectos para todos los afiliados sin restricciones de límite de utilización, de edad o de lugar de residencia. Repelente está cubierto en farmacias participantes con una receta de su proveedor.</p>
<p>Servicios de van/camioneta para silla de ruedas médicamente necesarios</p>	<p>Se aplicarán reglas de autorización previa.</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Medicamentos de receta de Medicare Parte B	Se aplicarán reglas de autorización previa. Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Servicios de salud mental y abuso de sustancias de un Proveedor Certificado	Se aplicarán reglas de autorización previa. Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Artículos de venta libre (sin receta médica, u OTC por sus siglas en inglés) El plan cubre una selección limitada de artículos de OTC, los cuales están disponibles a través de pedido por correo.	Limitado a \$25 cada 3 meses calendarios por artículos elegibles de venta libre. Las cantidades no usadas no se acumulan de un mes a otro.	Limitado a \$25 cada mes calendario por artículos elegibles de venta libre. Las cantidades no usadas no se acumulan de un mes a otro.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Programa de Servicios de Recuperación Especializados (SRS)</p> <p>Si le interesa SRS, le pondremos en contacto con un administrador de recuperación quien iniciará la asesoría de elegibilidad, buscando información como su diagnóstico y su necesidad de ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida diaria.</p> <p>Individuos deben satisfacer criterios de elegibilidad específicos financieros, clínicos y de riesgo.</p>	<p>Programa de Servicios de Recuperación Especializados (SRS) no está cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Límites por servicio se aplican.</p> <p>Si es un adulto que ha sido diagnosticado con una enfermedad mental severa y persistente, y vive en la comunidad, usted podría ser elegible para recibir SRS específico para las necesidades de su recuperación. El plan cubre los siguientes 3 servicios si está inscrito en el programa SRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración de recuperación – Los administradores de recuperación trabajarán con usted para: <ul style="list-style-type: none"> » desarrollar a un plan de cuidado centrado en la persona, el cual refleja sus metas personales y resultados deseados, » controlar su plan de manera regular a través de reuniones frecuentes, y » proporcionar información y referidos. <p>Este beneficio continúa en la próxima página</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Programa de Servicios de Recuperación Especializados (continuación)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación Individual y Empleo Apoyado (IPSE) – Los servicios de empleo apoyado pueden: <ul style="list-style-type: none"> » ayudarle a encontrar empleo, si está interesado en trabajar, » evaluar sus intereses, habilidades y experiencias en cuanto se relacionen a sus metas de empleo, y » prestar apoyo continuo para ayudarle a permanecer empleado. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la próxima página</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Programa de Servicios de Recuperación Especializados (continuación)</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo de pares para recuperación: <ul style="list-style-type: none"> » Los pares de apoyo para recuperación usan sus propias experiencias de salud mental y desórdenes de uso de sustancias para ayudarlo a alcanzar sus metas de recuperación, y » las metas están incluidas en un plan de cuidado que usted diseña según sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y apoyos. <p>La relación de pares puede ayudarlo a concentrarse en estrategias y progreso hacia autodeterminación, auto abogacía, bienestar e independencia.</p>
<p>Consejería para dejar de consumir tabaco para mujeres embarazadas</p>	<p>Se aplicarán reglas de autorización previa.</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Servicios de transporte en caso de no emergencia</p> <p>Si <u>debe</u> viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de cuidado de salud cubiertos, Buckeye le proveerá transporte a y desde el consultorio de su proveedor.</p> <p>→ Además de la asistencia con transporte que Buckeye provee, usted puede obtener ayuda con transporte para ciertos servicios, a través del programa de Transporte, en caso de no emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado.</p>	<p>Reglas de preautorización pueden ser aplicadas.</p> <p>Exención de transporte – Los servicios de exención de transporte y el proveedor de aquellos servicios deben ser identificados en el plan de servicio de exención. Los servicios de exención de transporte no incluyen servicios llevados a cabo como exceso a lo que está aprobado, conforme y especificado al plan de servicio de exención de la persona.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 30 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan. Tipos de transporte de no emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van equipado para silla de ruedas • Taxi <p>Llame a Servicios para Afiliados o a su administrador de cuidados para información adicional.</p> <p>Exención de transporte – Los servicios de exención de transporte y el proveedor de aquellos servicios deben ser identificados en el plan de servicio de exención. Los servicios de exención de transporte no incluyen servicios llevados a cabo como exceso a lo que está aprobado, conforme y especificado al plan de servicio de exención de la persona.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cambios a la cobertura de medicamentos de receta

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Le enviamos una copia de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos para 2017* en este sobre. La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Lista de medicamentos.”

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si hay alguna restricción.

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, le recomendamos:

- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubrimos. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil, para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
- **Trabaje con su médico (u otro proveedor) y pida que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor). Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual del afiliado de 2017*, Sección 6.2, página 188 o llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o su coordinador de cuidados.
- **Pida al plan que cubra un suministro temporario** del medicamento. En algunas situaciones, cubriremos un suministro temporario que se hace **una sola vez** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario. Este suministro temporario será de hasta 30 días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

un suministro temporario y cómo pedirlo, lea el Capítulo 5 del Manual del afiliado Sección D, página 105.) Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acaba su suministro temporario. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Si usted tiene una excepción al formulario actual que ha sido aprobada por nuestro plan en 2016, y usted permanece como afiliado de Buckeye durante el próximo año calendario, podemos continuar cubriendo esta excepción durante 2017. Recibirá una carta con fechas de aprobación si decidimos continuar cubriendo su excepción durante 2017. Sin embargo, si decidimos no continuar cubriendo la excepción durante 2017, su doctor (u otro proveedor) debe trabajar con Buckeye para solicitar una nueva excepción para el año calendario 2017. También puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor). Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 188 del Manual del afiliado de 2017 o llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriado, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de servicios.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cambios a los costos de los medicamentos de receta

No hay cambios en 2017 a la cantidad que usted paga por medicamentos de receta. Lea más información abajo sobre su cobertura de medicamentos de receta.

Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel más bajo o más alto. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

La tabla siguiente muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros tres niveles de medicamentos.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Medicamentos del nivel 1 (Medicamentos genéricos) El costo del suministro de un mes de un medicamento del nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es \$0 por receta.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es \$0 por receta.</p>
<p>Medicamentos del nivel 2 (Medicamentos de marca) El costo del suministro de un mes de un medicamento del nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es \$0 por receta.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es \$0 por receta.</p>
<p>Medicamentos del nivel 3 (Medicamentos no de Medicare RX / Medicamentos sin receta (OTC)) El costo del suministro de un mes de un medicamento del nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es \$0 por receta.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es \$0 por receta.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

D. Cambios administrativos

Los cambios administrativos puede cambiar la forma en que recibe sus servicios, artículos o medicamentos de receta.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Número de días en el suministro para medicamentos de receta en Nivel 1		
(Medicamentos genéricos)		
Farmacias minoristas:		
• Suministro de un mes	30 días	30 días
• Suministro de dos meses	NA	60 días
• Suministro de tres meses	90 días	90 días
Farmacias de pedido por correo		
• Un suministro de un mes	NA	30 días
• Suministro de dos meses	NA	60 días
• Suministro de tres meses	90 días	90 días



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Número de días en el suministro para medicamentos de receta en Nivel 2</p> <p>(Medicamentos de marca)</p> <p>Farmacias minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes • Suministro de dos meses • Suministro de tres meses <p>Farmacias de pedido por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes • Suministro de dos meses • Suministro de tres meses 	<p>30 días</p> <p>NA</p> <p>90 días</p> <p>NA</p> <p>NA</p> <p>90 días</p>	<p>30 días</p> <p>60 días</p> <p>90 días</p> <p>30 días</p> <p>60 días</p> <p>90 días</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p>Número de días en el suministro para medicamentos de receta en Nivel 3</p> <p>(Medicamentos no de Medicare RX / Medicamentos sin receta (OTC))</p> <p>Farmacias minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes • Suministro de dos meses • Suministro de tres meses <p>Farmacias de pedido por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes • Suministro de dos meses • Suministro de tres meses 	<p>30 días</p> <p>NA</p> <p>90 días</p> <p>NA</p> <p>NA</p> <p>90 días</p>	<p>30 días</p> <p>60 días</p> <p>90 días</p> <p>30 días</p> <p>60 días</p> <p>90 días</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

E. Cómo decidir qué plan elegir

Si desea quedarse en Buckeye

Esperamos que siga como afiliado con nosotros el año próximo.

Para quedarse en nuestro plan usted no tiene que hacer nada. Si usted no se inscribe en un Plan MyCare Ohio diferente, se cambia a un Plan Medicare Advantage o se cambia a Original Medicare, su inscripción en Buckeye seguirá igual automáticamente durante 2017.

Si desea unirse a un plan MyCare Ohio diferente

Si quiere seguir recibiendo juntos sus beneficios de Medicare y Medicaid de un sólo plan, usted puede unirse a otro plan de MyCare Ohio disponible en su región.

Para inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente, llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1. La Línea de ayuda le informará qué otros planes están a su disposición.

Si quiere cambiar su participación en Buckeye

Usted puede cambiar su participación en nuestro plan eligiendo recibir sus servicios de Medicare por separado (usted seguirá en nuestro plan para sus servicios de Medicaid).

Cómo recibirá servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

<p>1. Usted puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare (como un Plan Medicare Advantage)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1. <p>Usted automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Buckeye cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
<p>2. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1. <p>Usted automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Buckeye cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

<p>3. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si usted tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Ohio Senior Health Insurance Information Program al 1-800-686-1578 (TTY: 711).</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1. <p>Usted automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Buckeye cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

Cómo recibirá servicios de Medicaid

Usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, incluso si usted no quiere recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan de MyCare Ohio, usted debe aún recibir sus beneficios de Medicaid de Buckeye u otro plan de cuidados administrados de MyCare Ohio.

Si usted no se inscribe en un plan de MyCare Ohio, usted seguirá en nuestro plan, para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y cuidado de salud del comportamiento.

Una vez que deje de recibir servicios de Medicare a través de nuestro plan, usted recibirá una Tarjeta de identificación del afiliado nueva y un Manual del afiliado nuevo para sus servicios de Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Si quiere cambiar a un plan de MyCare Ohio para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.

F. Cómo obtener ayuda

Cómo obtener ayuda de Buckeye

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (sólo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Lea su Manual del afiliado de 2017

El *Manual del afiliado de 2017* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

La copia más actualizada del *Manual del afiliado de 2017* se encuentra en nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. También puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil, para pedirnos que le enviemos un *Manual del afiliado de 2017*.

Vaya a nuestro sitio web

Usted también puede ir a nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (el *Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de Ohio Medicaid

La línea de ayuda de Ohio Medicaid puede ayudarle a encontrar un proveedor de cuidados de salud de Medicaid, explicarle los servicios cubiertos de Medicaid, a obtener folletos y publicaciones de Medicaid y a entender los beneficios de Medicaid.

Usted puede llamar a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.

Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio

El Ombudsman de MyCare Ohio puede ayudarle si tiene algún problema con Buckeye. El Ombudsman de MyCare Ohio no está conectado con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. El Ombudsman de MyCare Ohio le ayuda con inquietudes sobre cualquiera de los aspectos del cuidado. Hay ayuda disponible para resolver diferencias con los proveedores, proteger derechos y presentar quejas o apelaciones ante nuestro plan. El Ombudsman de MyCare Ohio colabora con la Oficina del ombudsman de cuidados a largo plazo del estado, quien defiende a los consumidores que reciben servicios y respaldos a largo plazo.

El número de teléfono del Ombudsman de MyCare Ohio es 1-800-282-1206. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-750-0750. El Ombudsman de MyCare Ohio está a su disposición de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. El servicio es gratuito.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Vaya al sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www..medicare.gov>). Si usted decide cancelar su inscripción en su plan de Medicare-Medicaid e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage. Usted puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage que hay en su área al usar el “Buscador de planes de Medicare” en el sitio



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

web de Medicare. (Para leer la información de los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.)

Lea *Medicare y usted 2017*

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2017*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Manual del afiliado

1 de enero, 2017 al 31 de diciembre, 2017

Su cobertura de salud y medicamentos con Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Este manual habla de la cobertura desde el momento en que usted se inscriba en Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) (Buckeye) hasta el 31 de diciembre, 2017. Explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, medicamentos de receta, y exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad (también llamado servicios y respaldos a largo plazo). Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), es ofrecido por Buckeye Community Health Plan, Inc. Cuando en este Manual del afiliado dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa Buckeye Community Health Plan, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan).

You can get this handbook for free in other languages. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Usted puede obtener este manual gratuitamente en otros idiomas. Llame a 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil. La llamada es gratis.

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.. La llamada es gratuita.

Si usted tiene problemas para leer o entender este manual o cualquier otra información de Buckeye, contacte a Servicios para Afiliados. Le podemos explicar la información o darle la información en su idioma principal. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o de otras maneras. Si usted tiene problemas para oír o para ver, podemos proveer ayuda especial.

Además de solicitar materiales en otros idiomas y formatos, puede también pedirnos que le enviemos materiales futuros en el mismo idioma o formato. Para obtener estos materiales, sírvase llamar a Servicios para Afiliados.

Renuncias de garantías

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de seguro de salud que tiene un contrato con ambos Medicare y Medicaid del estado de Ohio para proveer a los afiliados beneficios de los dos programas.

La *Lista de medicamentos cubiertos y/o* las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que pueda afectarle.

Los beneficios pueden cambiar el 1º de enero de cada año.

Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados de Buckeye o lea el Manual del afiliado de Buckeye. Esto significa que usted posiblemente tenga que pagar por algunos servicios y que deba seguir ciertas reglas para que Buckeye pague por sus servicios.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 1: Cómo comenzar como afiliado

Contenido

A. Bienvenido a Buckeye.....	4
B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?.....	4
Medicare	4
Medicaid.....	5
C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?.....	5
D. ¿Cuál es el área de servicio de Buckeye?	6
E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?	6
F. Qué debe esperar cuando se une a un plan de salud	7
G. ¿Qué es un plan de cuidado de salud?.....	8
H. ¿Buckeye tiene una cuota mensual?	8
I. Información sobre el Manual del afiliado.....	9
J. ¿Qué otra información le enviaremos?	9
Su Tarjeta de identificación como afiliado de Buckeye	10
La Carta de Afiliado nuevo	10
Directorio de proveedores y farmacias.....	11
La Lista de medicamentos cubiertos.....	12
Suplemento del Manual del afiliado o “Manual de servicios de exención”	12
La Explicación de beneficios	12
K. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de afiliado?	13
¿Mantendremos la privacidad de su información personal?.....	14



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. Bienvenido a Buckeye

Buckeye, ofrecido por Buckeye Community Health Plan, Inc., es un plan de Medicare-Medicaid. Un *plan de Medicare-Medicaid* es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye administradores de cuidados y equipos de cuidados que le ayudarán, a coordinar todos sus proveedores y servicios, y que trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

Buckeye fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa piloto manejado por ODM y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal probarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe su cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?

Usted tiene ambos Medicare y Medicaid. Buckeye va a asegurarse que estos programas trabajen juntos para darle el cuidado que usted necesita.

Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo y gastos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide qué se cuenta como ingresos y recursos y quién es elegible. También decide qué servicios están cubiertos y cuánto cuestan. Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y Medicaid de Ohio deben aprobar a Buckeye cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

- nosotros decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y Medicaid de Ohio aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid no cambiará.

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

Ahora usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid a través de Buckeye, incluyendo los medicamentos de receta. Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de seguro de salud.

Buckeye ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid trabajen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted tendrá un equipo de cuidado de salud armado con su ayuda. Su equipo de cuidado de salud podría incluir doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
- Usted tendrá un administrador de cuidados, quien trabajará con usted, con Buckeye y con sus proveedores para asegurarse que usted reciba el cuidado que necesita. Este administrador será parte de su equipo de cuidados.
- Usted podrá dirigir el cuidado de su salud con la ayuda de su equipo de cuidados y el administrador de cuidados.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- El equipo de cuidados y el administrador de cuidados trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personal, diseñado específicamente para atender sus necesidades. El equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesite. Esto significa, por ejemplo:
 - » Su equipo de cuidados se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
 - » Su equipo de cuidados se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean compartidos con todos sus médicos y otros proveedores.

D. ¿Cuál es el área de servicio de Buckeye?

Buckeye está disponible sólo para personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicio.

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

Si usted se muda, debe informar a la oficina del Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado. Si se muda a un nuevo estado, necesitará solicitar Medicaid en el nuevo estado.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan, si usted:

- vive en nuestra área de servicio; **y**
- tiene Medicare Partes A, B, y D; **y**
- tiene cobertura total de Medicaid; **y**
- es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos; **y**
- tiene 18 años o más al inscribirse.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Aunque usted cumpla con los criterios mencionados arriba, usted no es elegible para inscribirse en Buckeye si usted:

- tiene cobertura a través de otro seguro médico acreditado; **o**
- tiene una discapacidad intelectual u otro tipo de discapacidad del desarrollo y recibe servicios a través de una exención o un Centro de cuidados intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICFIID); **o**
- está inscrito en un Programa de cuidado integral para personas de la tercera edad (PACE).

Además, usted tiene la opción de no ser afiliado si usted:

- es afiliado de una tribu india reconocida por el gobierno federal; **o**
- ha sido determinado por la Junta de discapacidades del desarrollo del condado que usted es elegible para sus servicios.

➔ Si usted cree que cumple con cualquiera de los criterios mencionados arriba, llame a Servicios para Afiliados para recibir asistencia.

F. Qué debe esperar cuando se une a un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 15 a 75 días de su fecha efectiva de inscripción dependiendo de su estado de salud. Después de la evaluación, usted y su equipo de cuidado se reunirán para desarrollar su plan de cuidado personal.

Un administrador de cuidados de nuestro plan le hará una llamada de bienvenida para explicar sus beneficios. Le hablará sobre sus servicios de cuidado de salud actuales y responderá a cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de Buckeye. Su coordinador de cuidados fijará su consulta con su PCP para que tenga una evaluación adicional. Estas evaluaciones serán usadas para ayudar a nuestro equipo de cuidado a comprender sus necesidades individuales de cuidado médico y desarrollar así su Plan de cuidado personal.

Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudarán a determinar qué servicios satisfarán sus necesidades de mejor manera. Esto significa que algunos de los servicios que obtenga ahora pueden cambiar. Cuando se afilia a nuestro plan, si usted está tomando algún medicamento recetado de la Parte D de Medicare que Buckeye no cubre normalmente, usted puede obtener un suministro de transición. Le ayudaremos a obtener



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

otro medicamento o una excepción para que Buckeye cubra su medicamento, si es médicamente necesario

Si Buckeye es un nuevo plan para usted, puede seguir viendo a sus médicos hasta 90 días después de que se haya inscripto. Además, si usted ya tenía aprobación previa para recibir los servicios, nuestro plan le mantendrá la aprobación hasta que usted obtenga los servicios. Esto se llama “período de transición.” La *Carta de Afiliado nuevo*, incluida en su Manual del afiliado, tiene más información sobre los períodos de transición. Si usted está en Exención de MyCare Ohio, el complemento de su Manual del afiliado o "Manual de Servicios de exención", también tiene más información sobre los períodos de transición para servicios de exención.

Después del periodo de transición, usted debe ver médicos y otros proveedores de la red de Buckeye para la mayoría de los servicios. *Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.* En el Capítulo 3, Sección D, página 33 encontrará más información sobre cómo obtener cuidado de salud. Servicios para Afiliados también puede ayudarle a encontrar un proveedor de la red.

Si usted está viendo a un proveedor que no es un proveedor de red o si ya tiene los servicios aprobados y/o programados, es importante que llame inmediatamente a Servicios para Afiliados para que podamos coordinar los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

G. ¿Qué es un plan de cuidado de salud?

Un *plan de cuidado de salud* es un plan para los servicios de salud que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de recibir la evaluación de riesgos de su salud, su equipo de cuidados se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo de cuidados, prepararán un plan de cuidados.

Su equipo de cuidados trabajará continuamente con usted para actualizar su plan de cuidados, para que usted obtenga los servicios de salud que necesita y quiere.

H. ¿Buckeye tiene una cuota mensual?

No.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

I. Información sobre el Manual del afiliado

Este *Manual del afiliado* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, en la página 162. También puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil, o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Buckeye entre el 1° de enero y el 31 de diciembre, 2017.

J. ¿Qué otra información le enviaremos?

Usted también recibirá de Buckeye una Tarjeta que le identifica como afiliado, una *Carta de Afiliado nuevo* con información importante información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, y una *Lista de medicamentos cubiertos*. Los afiliados inscritos en una exención de servicios, basados en el hogar y en la comunidad, también recibirán un suplemento específico para servicios de exención en el Manual del afiliado. Si usted no recibe estos artículos, llame a Servicios para Afiliados para asistencia.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Su Tarjeta de identificación como afiliado de Buckeye

Con el programa MyCare Ohio, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:



Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Afiliados y le enviaremos una tarjeta nueva.

Siempre y cuando usted sea afiliado de nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesitará para recibir servicios. No recibirá más la tarjeta mensual de Medicaid. Tampoco necesita utilizar la tarjeta roja, blanca y azul Medicare. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso que la necesite más adelante.

La Carta de Afiliado nuevo

Por favor asegúrese de leer la *Carta de Afiliado nuevo* enviada con su Manual del afiliado, ya que es una referencia rápida para alguna información importante. Por ejemplo, tiene información sobre cosas como cuándo usted puede ser elegible para recibir servicios de proveedores fuera de nuestra red, servicios previamente aprobados, servicios de transporte, y quién es elegible para ser inscripto en MyCare Ohio.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de Buckeye. Mientras usted sea afiliado de nuestro plan, deberá usar proveedores y farmacias para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, incluyendo cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página 7) y para ciertos servicios (lea el Capítulo 3, Sección B, página 30).

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso en cualquier momento, llamando a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Usted también podrá ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>, o puede descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para Afiliados como en el sitio web, encontrará la información más actualizada sobre los cambios de nuestra red de proveedores.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

- Los *proveedores de la red* de Buckeye incluyen:
 - » Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo afiliado de nuestro plan.
 - » Clínicas, hospitales, instituciones de cuidados para personas de la tercera edad, y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan.
 - » Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid.

Para obtener una lista completa de proveedores de la red, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*.

- Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.
- Los proveedores de la red no deben facturarle directamente por servicios cubiertos por el plan. Lea en el Capítulo 7, Sección A, página 121, para información sobre las facturas de los proveedores de la red.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

- Las *farmacias de la red* son farmacias que han acordado surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar.
- Excepto en casos de emergencia, usted *deberá* surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red, si desea que nuestro plan los pague. Si no es una emergencia, usted puede pedirnos por adelantado utilizar una farmacia fuera de la red.

La Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos” y dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por Buckeye.

La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5, Sección C, página 103 encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan en <http://mmp.buckeyehealthplan.com> o llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil..

Suplemento del Manual del afiliado o “Manual de servicios de exención”

Este suplemento proporciona información adicional para los afiliados inscritos en una exención para servicios basados hogar y en la comunidad. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados, desarrollo de un plan de servicio, administración de cuidados, coordinación de servicios de exención y cómo informar incidentes.

La Explicación de beneficios

Cuando use sus beneficios de la Parte D, para pagar por medicamentos de receta, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos hechos por la Parte D por sus medicamentos recetados. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (o *EOB*).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

En la *Explicación de beneficios* se indica la cantidad total que nosotros u otros a su nombre pagamos por cada uno de sus medicamentos de receta de Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Una *Explicación de beneficios* también está disponible cuando usted lo pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Afiliados.

K. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de afiliado?

Usted puede mantener actualizado su expediente avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta.

Ellos utilizarán su expediente para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuál es la cantidad que tiene de copago por el medicamento. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Si cambió su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Si hay algún cambio de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su esposo o esposa o compensación laboral
- Si usted ingresa en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital
- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
- Si usted es parte de una investigación clínica
- Si usted tiene que ver a un proveedor debido a una lesión o una enfermedad que ha sido causada por otra persona o empresa. Por ejemplo, si fue lastimado en un accidente automovilístico, mordido por un perro, o se resbaló y cayó en un negocio, es posible que otra persona o empresa tenga que pagar por sus gastos médicos. Cuando llame, necesitamos saber el nombre de la persona o empresa en falta, así como las compañías de seguros o los abogados involucrados.

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

fin de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

También puede actualizar su información visitando nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. Haga clic en el botón “Login”. Ingrese sus credenciales o cree una nueva cuenta. Luego, envíenos un mensaje seguro. Llame a Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda

¿Mantendremos la privacidad de su información personal?

Sí. Existen leyes que nos exigen mantener en forma confidencial sus expedientes médicos y su información personal. Nosotros nos aseguramos de que su información médica esté protegida. Para obtener más información sobre la manera en que protegemos su información personal, lea Capítulo 8, Sección E, página 130.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Este capítulo provee una referencia rápida de información de contacto para Buckeye, el estado de Ohio, Medicare y otros recursos útiles.

Contenido

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados de Buckeye	16
B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados	19
C. Cómo comunicarse con la Línea de 24 horas de consejería de enfermeras	20
D. Cómo comunicarse con la Línea de 24 horas de crisis de salud del comportamiento	21
E. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO).....	22
F. Cómo comunicarse con Medicare.....	23
G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio	25
H. Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio	26



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados de Buckeye

POR TELÉFONO	<p>1-866-549-8289 Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana. Fuera del horario de oficina y durante fines de semana, su llamada será respondida por nuestra línea de consejería de enfermeras de 24 horas.</p> <p>Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
POR TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana. Fuera del horario de oficina y durante fines de semana, su llamada será respondida por nuestra línea de consejería de enfermeras de 24 horas.</p>
POR FAX	1-866-704-3064
POR CORREO	<p>Buckeye Health Plan – MyCare Ohio 4349 Easton Way, Suite 400 Columbus, OH 43219</p> <p>Si nos envía una apelación o queja, puede utilizar el formulario del Capítulo 9, Sección 10.3, página 221. También puede escribirnos una carta diciéndonos sobre su pregunta, problema, queja o apelación.</p>
PÁGINA WEB	http://mmp.buckeyehealthplan.com

Comuníquese con Servicios para Afiliados, sobre:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturas de los proveedores
- Tarjetas de identificación del afiliado

Avísenos si no recibió o perdió su Tarjeta de identificación del afiliado.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Cómo encontrar proveedores de la red**

Esto incluye preguntas relacionadas con la búsqueda o el cambio de su proveedor de cuidado primario (PCP).

- **Cómo obtener servicios y respaldos a largo plazo**

En algunos casos, usted puede obtener ayuda con cuidados de salud diarios y necesidades de vida básicas. Si Medicaid de Ohio y Buckeye lo determina necesario, usted podría recibir asistencia en el hogar, ayuda con las tareas del hogar, cuidado personal, alimentos, equipo adaptable, un sistema de respuesta a emergencias y otros servicios.

- **Cómo entender la información en su Manual del afiliado**

- **Recomendaciones de cosas que usted cree que deberíamos cambiar**

- **Otra información sobre Buckeye**

Puede pedir más información sobre nuestro plan, incluyendo información sobre la estructura y el funcionamiento de Buckeye y cualquier plan de incentivos para médicos que operamos.

- **Preguntas sobre decisiones de cobertura para sus cuidados de salud y medicamentos**

Una decisión de cobertura es una decisión sobre:

- » sus beneficios y servicios cubiertos y medicamentos, o
- » sobre lo que pagaremos por sus servicios de salud y medicamentos.

Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.

- ➔ Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9, Sección 5.2 (página) 168 y 6.4 (página 190).

- **Apelaciones sobre el cuidado de su salud y medicamentos**

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.

- ➔ Para saber más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 162.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

■ Quejas sobre el cuidado de su salud y medicamentos

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor o farmacia. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido o presentarla a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Capítulo 2, Sección E, página 22).

- ➔ Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud o medicamentos, puede presentar una apelación (vea la sección de arriba Capítulo 2, Sección A, página 16).
- ➔ También puede enviar una queja sobre Buckeye directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para pedir ayuda.
- ➔ Puede presentar una queja sobre Buckeye directamente ante Medicaid de Ohio. En la página 25 encontrará la manera de comunicarse con Medicaid de Ohio.
- ➔ Puede presentar una queja sobre Buckeye ante el Ombudsman de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206 (TTY: 1-800-750-0750). Esta llamada es gratuita.
- ➔ Para saber más sobre cómo presentar una queja, lea el Capítulo 9, Sección 10, página 216.

■ Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos

- ➔ Para saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que paguemos una factura que recibió, lea el Capítulo 7, Sección A, página 121.
- ➔ Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Lea el Capítulo 9, Sección 4, página 162 para obtener más información sobre las apelaciones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados

Un coordinador de cuidados trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades específicas de salud. Esta persona ayuda a gestionar todos sus proveedores, servicios y respaldos. Trabjará con usted, sus médicos y su equipo de cuidado para asegurarse que reciba lo que necesite. Un coordinador de servicios le será asignado automáticamente. Para comunicarse o cambiar de coordinador de servicios, llame por favor a los números telefónicos a continuación:

POR TELÉFONO	<p>1-866-549-8289 Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea para llamar al administrador de cuidados está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. Fuera del horario de oficina y durante fines de semana, su llamada será respondida por nuestra línea de consejería de enfermeras de 24 horas.</p> <p>Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
POR TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>La línea para llamar al administrador de cuidados está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. Fuera del horario de oficina y durante fines de semana, su llamada será respondida por nuestra línea de consejería de enfermeras de 24 horas.</p>
POR FAX	1-866-704-3064
POR CORREO	<p>Buckeye Health Plan – MyCare Ohio 4349 Easton Way, Suite 400 Columbus, OH 43219</p>
PÁGINA WEB	http://mmp.buckeyehealthplan.com



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

C. Cómo comunicarse con la Línea de 24 horas de consejería de enfermeras

La Línea de consejería de enfermeras de Buckeye se llama NurseWise. NurseWise es un valioso recurso proporcionado para afiliados de Buckeye, pero que no debería reemplazar una visita a su médico de cuidado primario (PCP). La línea de consejería de enfermeras le guía acerca de cómo usar la atención médica y proporciona información sobre opciones de tratamientos y recursos disponibles. Las llamadas a NurseWise son gratuitas.

POR TELÉFONO	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>NurseWise está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.</p> <p>Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
POR TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>NurseWise está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

D. Cómo comunicarse con la Línea de 24 horas de crisis de salud del comportamiento

La Línea de crisis de salud del comportamiento es para personas afiliadas que necesitan hablar con urgencia con un especialista en salud mental o en abuso de sustancias.

<p>POR TELÉFONO</p>	<p>1-866-549-8289 Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de crisis de salud del comportamiento está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.</p> <p>Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
<p>POR TTY</p>	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>La Línea de crisis de salud del comportamiento está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

E. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)

Una organización llamada KePRO sirve como la QIO de Ohio. Este es un grupo de doctores y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. KePRO no está vinculado con nuestro plan.

POR TELÉFONO	1-855-408-8557
POR TTY	1-855-843-4776 Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
POR CORREO	KEPRO 5201 W Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
POR CORREO ELECTRÓNICO	medicalaffairs@kepro.com
PÁGINA WEB	www.keproqio.com

Comuníquese con KePRO sobre:

- **Preguntas sobre el cuidado de su salud**

Usted puede presentar una queja relacionada con el cuidado que recibió, si usted:

- » Tiene un problema con la calidad del cuidado de salud,
- » Cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, o
- » Cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en un lugar con enfermeras especializadas o los servicios de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminarán demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, 7 días de la semana.
POR TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

PÁGINA WEB

<http://www.medicare.gov>

Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, residencias para personas de la tercera edad, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y sitios para diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También podrá encontrar contactos de Medicare en su estado, seleccionando “Formularios, ayuda y recursos” y luego haciendo clic en “Números telefónicos y sitios web”.

El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área:

Buscador de planes de Medicare: Aquí se ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos de receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Buscar planes de salud y medicamentos”.

Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad. Allí le ayudarán a visitar este sitio web usando sus computadoras. También puede llamar a Medicare, al teléfono mencionado arriba, y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio

Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios a largo plazo y ofrece ayuda para cubrir costos para personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid de Ohio paga las cuotas de Medicare para algunas personas, y paga las franquicias de Medicare, los coseguros y copagos, excepto para las recetas. Medicaid cubre cuidados a largo plazo como servicios de “exención” basados en el hogar y en la comunidad y servicios de asistencia con la vida diaria y cuidados a largo plazo en hogares para personas de la tercera edad. También cubre servicios dentales y de la vista.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Buckeye provee sus servicios cubiertos de Medicaid a través de un acuerdo con Medicaid de Ohio. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio.

POR TELÉFONO	1-800-324-8680 Esta llamada es gratuita. La Línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm, y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm.
POR TTY	1-800-292-3572 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. El número de TTY de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm, y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm.
POR CORREO	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215
POR CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
PÁGINA WEB	http://medicaid.ohio.gov/PROVIDERS/ManagedCare/IntegratingMedicareandMedicaidBenefits.aspx



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

También puede comunicarse con el Departamento de trabajo y servicios para la familia local del condado si tiene preguntas o necesita avisarnos de cambios en su dirección, ingresos u otro seguro. La información de contacto está disponible en el internet en:
http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf.

H. Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio

El Ombudsman de MyCare Ohio ayuda con cualquier pregunta o preocupación que usted tenga sobre sus cuidados de salud. El Ombudsman ofrece ayuda para resolver disputas con los proveedores, proteger sus derechos y presentar quejas o apelaciones con nuestro plan. El Ombudsman de MyCare Ohio trabaja con el Ombudsman de la Oficina de cuidados a largo plazo del estado, que ayuda a los consumidores a recibir servicios y respaldos a largo plazo. El Ombudsman de MyCare Ohio es un programa independiente y los servicios son gratuitos.

POR TELÉFONO	1-800-282-1206 Esta llamada es gratuita. El Ombudsman de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.
POR TTY	Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
POR CORREO	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 246 N. High Steet, 1 st Floor Columbus, Ohio 43215-2406
PÁGINA WEB	http://aging.ohio.gov/services/ombudsman/ Usted puede presentar una queja en el internet en: http://aging.ohio.gov/contact/



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Contenido

A. Sobre los “servicios,” “servicios cubiertos,” “proveedores,” “proveedores de la red” y “farmacias de la red”	29
B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan	30
C. Su equipo de cuidados y su administrador de cuidados	32
D. Cómo obtener cuidados de su proveedor de cuidados personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red	33
Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados personal.....	33
Cómo obtener cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red.....	35
¿Qué sucede si un proveedor de la red se retira de nuestro plan?	36
Cómo obtener cuidados de un proveedor fuera de la red.....	36
E. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS).....	37
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	37
G. Cómo obtener servicios de transporte	38
H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica necesaria de urgencia o durante un desastre	38
Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica	38
Cómo obtener atención necesaria de urgencia.....	40
Cómo obtener cuidados durante un desastre	41



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- I. ¿Qué pasa si le cobran directamente el costo total de servicios cubiertos por nuestro plan? 42
 - ¿Qué debe hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan? 42
- J. ¿Cómo son cubiertos sus servicios de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica? 43
 - ¿Qué es un estudio de investigación clínica? 43
 - Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 44
 - Más información 44
- K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución no médica para cuidados de salud? 44
 - ¿Qué es una institución religiosa no médica para cuidados de salud? 44
 - ¿Qué cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud, tienen cobertura con nuestro plan? 45
- L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero 46
 - ¿Usted será dueño de su equipo médico duradero? 46
 - ¿Qué sucede si se cambia a Original Medicare? 46



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. Sobre los “servicios,” “servicios cubiertos,” “proveedores,” “proveedores de la red” y “farmacias de la red”

Servicios incluye cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros servicios. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los cuidados médicos y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 51.

Los proveedores son médicos, enfermeras y otras personas que le proveen servicios y cuidado. El término *proveedores* también incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si usted tiene que pagar parte de los costos de un centro de enfermería o servicios de exención. Lea el Capítulo 4, Sección D, página 51 para más información.

Las **farmacias de la red** son farmacias que acordaron a surtir las recetas de nuestros afiliados del plan. Las farmacias de la red nos facturarán directamente a nosotros por los medicamentos que usted recibe. Cuando usted use una farmacia de la red, no pagará nada por sus medicamentos de receta. Lea el Capítulo 6, Sección C, página 116 para más información.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan

Buckeye cubre servicios de cuidado de salud cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta.

Buckeye pagará por lo general el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan a continuación. Qué será cubierto:

- **El cuidado que reciba debe ser un beneficio del plan.** Lea el Capítulo 4, Sección D, página 51 para información sobre los beneficios cubiertos, incluyendo la Tabla de Beneficios del plan.
- **El cuidado debe ser médicamente necesario.** *Médicamente necesario* significa servicios, suministros, o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un hogar de personas de la tercera edad. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
- **El cuidado que usted recibe debe ser preautorizado por Buckeye cuando sea necesario.** Para algunos servicios, su proveedor debe enviar información a Buckeye y pedir aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se llama *preautorización*. Lea el cuadro en el Capítulo 4, Sección D, página 51 para más información.
- **Usted debe elegir a un proveedor de la red como su proveedor de cuidado personal (PCP) para que administre sus cuidados médicos.** A pesar de que usted no necesita una aprobación (llamada referencia) de su PCP para ver a otros proveedores, es importante que llame a su PCP antes de ver a un especialista o después de tener una visita urgente o de emergencia. Esto permite que su PCP administre su cuidado de manera que usted obtenga los mejores resultados.
 - ➔ Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página 33.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Usted debe recibir cuidados de salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan (un proveedor fuera de la red). En los siguientes casos esta regla no aplica:
 - » El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir *emergencia o atención necesaria de urgencia*, lea la página 38.
 - » Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. Por lo general, se requiere de preautorización del plan para servicios fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la página 36.
 - » El plan cubre servicios que recibió fuera de la red que sean proporcionados por Centros de salud federales acreditados, Clínicas rurales de salud, y proveedores de planificación familiar acreditados, mencionados en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - » Si usted está recibiendo una exención para servicios de asistencia con la vida diaria o un centro de enfermería a largo plazo, de un proveedor fuera de la red, durante o antes de la fecha en que usted se convierte en afiliado del plan, usted puede seguir recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
 - » El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
 - » Si usted es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda seguir viendo a sus proveedores actuales, que están fuera de la red, por un período de tiempo después de inscribirse. Esto se llama “período de transición.” Para más información, lea el Capítulo 1, Sección F, página 7 de este manual y la *Carta de Afiliado nuevo*.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

C. Su equipo de cuidados y su administrador de cuidados

Su equipo de cuidados incluye un administrador de cuidados de Buckeye, junto a quien usted elija (como un familiar y/o encargados de cuidados), sus proveedores y, el más importante, ¡usted! Los administradores de cuidados son utilizados para asegurar que usted reciba los mejores resultados para su cuidado. Para poder estar seguros que su administrador de cuidados entienda sus necesidades de atención médica, le harán preguntas acerca de su atención médica actual. Esto garantizará que usted reciba la coordinación de cuidado apropiada. Coordinación de cuidado es la manera en la que su equipo de cuidados trabaja con usted, su familia y sus proveedores para asegurar que todas sus necesidades sean coordinadas. Nuestros administradores de cuidado les proporcionan tanto a usted como a sus proveedores información para asegurar que obtenga el tratamiento más apropiado.

Su administrador de cuidados le ayuda a coordinar a todos sus proveedores y servicios. Él o ella trabaja con su equipo de cuidados para asegurarse que usted reciba los cuidados que necesita.

- ¿Qué es un administrador de cuidados?
 - Administración de cuidados es un programa usado en Buckeye para coordinar el cuidado para nuestros afiliados.
- ¿Cómo puede un afiliado comunicarse con su administrador de cuidados?
 - Puede comunicarse con su administrador de cuidados llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, siete días a la semana.
- ¿Cómo interactuarán el administrador de cuidados y el equipo de cuidados con usted?
 - Nuestros administradores de cuidados y equipo de cuidados trabajarán junto con usted para coordinar sus necesidades de cuidado médico. Ellos están a su servicio para asegurar que usted reciba los mejores resultados cuando se trata de su cuidado médico.
- ¿Cómo puede usted cambiar su administrador de cuidados?
 - Si por algún motivo desea cambiar de administrador de cuidados, puede solicitar el cambio llamando a nuestro Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289. Usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

D. Cómo obtener cuidados de su proveedor de cuidados personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados personal

Usted debe elegir un proveedor de cuidados personal (PCP) que se encargue de proporcionarle su cuidado.

¿Qué es un “PCP” y qué hace un PCP por usted?

Cuando usted se hace afiliado de nuestro plan, usted debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor el cual cumple con los requisitos de Ohio para ser un PCP y está entrenado para brindarle un cuidado médico básico. Como explicamos más adelante, usted obtendrá su cuidado básico o de rutina a través de su PCP.

Su PCP puede ser uno de los siguientes proveedores o, bajo ciertas circunstancias, como embarazo, incluso un especialista:

- Práctica familiar,
- Medicina interna,
- Práctica general,
- Ginecólogo obstetra,
- Geriatria,
- Pediatras,
- Enfermeros practicantes certificados (CNP), y Asistentes médicos (PA)
- Centro de salud federal acreditado (FQHC)/Clínica de salud rural (RHC)

Su PCP coordinará además el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado del plan. Si es necesario, su PCP le enviará a otros doctores (especialistas) o le admitirá al hospital.

- Su PCP determina qué especialistas y hospitales utilizará, ya que cuentan con afiliaciones a ciertos especialistas y hospitales en nuestra red.
- Su PCP le proporcionará la mayoría de su cuidado y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado de nuestro plan. Esto incluye:



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- radiografías
- pruebas de laboratorio
- terapias
- atención médica a través de doctores especialistas
- admisiones al hospital, y
- cuidado de seguimiento

La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su cuidado y acerca de cómo va todo. Si usted necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o especialista tendrá que obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte.

Ya que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería pedir que envíen todos sus récords médicos del pasado a la oficina de su PCP. El Capítulo 8, Sección E, página 130 le indica cómo protegeremos la privacidad de sus archivos médicos y de su información de salud personal.

Una vez afiliado a Buckeye, su PCP, junto a usted y a cualquier otra persona que elija para estar involucrado (como un familiar y/o encargado de cuidados), construirán un plan de cuidado individualizado diseñado solo para usted. Nuestro administrador de cuidados trabajará con usted y su PCP para desarrollar su plan de cuidado y asegurar así que usted reciba el cuidado que necesite. Su médico es responsable de coordinar todo su cuidado médico y de solicitar especialistas adicionales, si es necesario. Su plan de cuidado incluirá todos los servicios que su PCP o administrador de cuidados del plan haya autorizado para que reciba como afiliado de Buckeye. Para asegurar que usted se encuentre siempre recibiendo el cuidado más apropiado, su PCP o un afiliado del equipo de administración de cuidados revisa, aprueba y autoriza cambios al plan de cuidado, ya sea agregando, cambiando o cancelando servicios. Su PCP o administrador de cuidados reevalúa sus necesidades por los menos cada 365 días, pero con mayor frecuencia si es necesario.

¿Cómo elegir su PCP?

Usted puede elegir cualquier PCP de la red enumerado en el Directorio de Proveedores y Farmacias. Consulte por favor nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a Servicios para Afiliados para elegir su PCP. Puede comunicarse con Servicios para afiliados llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo. Usted puede cambiar su PCP por otro PCP de la red en cualquier momento, hasta una vez al mes. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Si su proveedor se retira de nuestro plan, nosotros podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo.

Si desea cambiar su PCP sírvase llamar Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Se le emitirá una nueva tarjeta de identificación indicando el nuevo PCP. El cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.

Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores tienen la obligación de continuar el cuidado después de haber dejado nuestra red. Comuníquese con el plan para obtener detalles específicos

Cómo obtener cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un *especialista* es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. A continuación mencionamos algunos ejemplos:

- *Los oncólogos* atienden a pacientes con cáncer.
- *Los cardiólogos* atienden a pacientes con problemas del corazón.
- *Los ortopedistas* atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Es muy importante que hable con su PCP antes de atenderse con un especialista del plan o ciertos otros proveedores. El PCP puede ayudar a coordinar aquella visita al especialista. Si un especialista estima que usted necesita servicios de especialidad adicionales, el especialista solicitará autorización directamente de Buckeye. Para obtener información sobre qué servicios requieren de autorización previa, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D de este manual.

Si desea atenderse con especialistas específicos, averigüe si su PCP envía pacientes a aquellos especialistas. Cada PCP del plan cuenta con especialistas del plan específicos que utilizan para referidos, ya que tienen afiliaciones con ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede ayudar a determinar los especialistas con los cuales usted se atenderá. Puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea ver un especialista del plan al cual su PCP actual no refiere.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Por favor consulte la sección anterior, “Cómo cambiar su PCP” en la cual le indicamos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales específicos que desea usar, debe averiguar si los doctores con los que se estará atendiendo usan estos hospitales.

¿Qué sucede si un proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando se retire de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
- Siempre que sea posible, le avisaremos con 30 días de anticipación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y nosotros trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si le parece que no hemos reemplazado su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una queja.

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y para administrar su cuidado. Por favor llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Cómo obtener cuidados de un proveedor fuera de la red

Puede obtener servicios a través de proveedores fuera de la red si proveedores de servicios especializados no se encuentran disponibles dentro de la red. Para que los servicios de un proveedor fuera de la red sean cubiertos, su proveedor de la red (normalmente su PCP) debe solicitar autorización previa (aprobación de antemano) a Buckeye.

Todas las solicitudes de autorización previa serán revisadas por un administrador de cuidados, el cual está entrenado para comprender el cuidado que usted recibiría de un



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

especialista y quien intentará determinar si los servicios necesarios se encuentran disponibles dentro de la red de especialistas de Buckeye.

Si el servicio no se encuentra disponible dentro de nuestra red del plan, su solicitud será aprobada. Es posible que haya algunas limitaciones a la aprobación, como una visita de consulta inicial o una cantidad o tipo de servicio especificado. Si los servicios de especialista se encuentran disponibles dentro de la red de su plan, la solicitud para recibir servicios fuera de la red puede ser denegada como “servicios disponibles dentro de la red”. Como con cualquier denegación, usted tendrá la capacidad de apelar la determinación.

➔ **Tenga en cuenta:** Si visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid. Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios que reciba. Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS)

Los respaldos y servicios a largo plazo se encuentran disponibles para todos los afiliados de Buckeye que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Para obtener respaldos y servicios a largo plazo puede comunicarse con su administrador de cuidados, Coordinador de servicios de exención, o PCP. Un coordinador de respaldos y servicios a largo plazo (exención) trabajará con usted y su equipo de cuidados para identificar qué servicios son apropiados para satisfacer sus necesidades. Usted puede elegir su coordinador de respaldos y servicios a largo plazo (exención) de proveedores de la red.

Si ya está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo, su administrador de cuidados de Buckeye trabajará con sus proveedores para asegurar que su cuidado no sea interrumpido.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento se encuentran disponibles para todos los afiliados de Buckeye. La mayoría de los tratamientos individuales ambulatorios son descritos en el Capítulo 4 y son cubiertos sin autorización previa si usted se atiende con un proveedor de la red. Para obtener mayor información acerca de qué servicios requieren de autorización previa, consulte el gráfico de beneficios en el Capítulo 4, Sección D de esta guía. Para obtener otros servicios de salud del comportamiento, sírvase comunicarse con su administrador de cuidados o PCP.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

G. Cómo obtener servicios de transporte

Buckeye ofrece 15 viajes de ida y vuelta (30 viajes de ida) por afiliado cada año a citas médicas/dentales cubiertas, citas de WIC, y citas de redeterminación con su trabajador de casos de CDJFS. Afiliados pueden llamar al [1-866-549-8289](tel:1-866-549-8289) (TTY: 711) para programar su transporte. Por favor, llame con 48 horas (2 días hábiles) de anticipación. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Para obtener información específica para servicios de exención de transporte, llame a su coordinador de servicios de exención.

Además de la asistencia con el transporte que provee Buckeye, usted todavía puede obtener asistencia con transporte para ciertos servicios a través del Programa de transporte de no-emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de trabajo y servicios de familias del condado.

H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica necesaria de urgencia o durante un desastre

Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica?

Una *emergencia médica* es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La enfermedad es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata, usted o alguien (o sea, una persona con conocimientos medianos de salud y medicina) podría esperar que esa enfermedad cause:

- riesgos graves para su salud, **o**
- daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
- disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o**
- en el caso de una mujer embarazada, en trabajo de parto en alguna de las siguientes situaciones:



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- » No hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto.
- » La transferencia podría ser un riesgo para su salud o su seguridad o la de su hijo por nacer.

¿Qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano, u otro establecimiento apropiado. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted *no* tiene que obtener primero una aprobación o preautorización de su PCP o Buckeye.
- **Asegúrese de decirle a su proveedor que usted es afiliado de Buckeye.** Muéstrole su Tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye.
- **Apenas pueda, asegúrese de decirle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos de sus cuidado de emergencia, generalmente en un máximo de 48 horas. Además, si lo internan en el hospital, asegúrese de que llamen a Buckeye en 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos. Puede comunicarse con su administrador de cuidados llamando al 1-866-549-8289 (TTY:711), 24 horas al día, siete días a la semana.

¿Qué será cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 51.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le den cuidado de emergencia. Esos médicos nos avisarán cuando termine su emergencia médica.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado, lo más pronto posible. Si el proveedor que esté tratándolo por la emergencia, se hace cargo de la situación de emergencia, pero piensa que necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia, el proveedor debe llamar a su administrador de cuidados al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, siete días a la semana. El comunicarse con su administrador de cuidados asegurará que reciba el cuidado de seguimiento necesario para estabilizar su condición y/o prevenir que su condición vuelva a ocurrir .

¿Qué pasaría si, después de todo, no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica. Usted podría pedir cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia médica. Si es razonable que usted haya creído que su salud o la salud del niño por nacer corrían un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

No obstante, después de que el médico diga que *no* era una emergencia, cubriremos su *cuidado adicional*, sólo si:

- usted visita a un proveedor de la red, **o**
- el cuidado que reciba es considerado “atención necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección.)

Cómo obtener atención necesaria de urgencia

¿Qué significa atención necesaria de urgencia?

La atención necesaria de urgencia es la atención que se recibe por una enfermedad, lesión o enfermedad repentina y que no es una emergencia, pero requiere de atención inmediata. Por ejemplo una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

Cómo recibir atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención necesaria de urgencia, *sólo* si usted:

- recibe este cuidado de salud de un proveedor de la red, **y**
- sigue las otras reglas descritas en este capítulo.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

No obstante, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder servicios de atención necesaria de urgencia, usted debería acudir al centro de atención médica de urgencia más cercano que esté abierto. Si está buscando atención urgente dentro de nuestra área de servicio, debería buscar en nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias para ver un listado de centros de atención de urgencia dentro de la red de su plan, o visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cómo obtener atención necesaria de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado que sea necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

- ➔ Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia, ni cualquier otro que usted reciba fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Cómo obtener cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services, o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o un estado de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a cuidado de Buckeye.

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Por favor lea más información en el Capítulo 5.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

I. ¿Qué pasa si le cobran directamente el costo total de servicios cubiertos por nuestro plan?

Los proveedores deben facturarnos a nosotros por los servicios cubiertos que le proveen. Usted no debe recibir una factura del proveedor por los servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos la factura. Llame a Servicios para Afiliados lo antes posible para darnos la información sobre la factura.

➔ **Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

Si un proveedor o farmacia quiere que usted pague por servicios cubiertos, o usted ya pagó por servicios cubiertos o recibió una factura por servicios cubiertos, **lea el Capítulo 7, Sección A, página 121 para saber qué hacer.**

¿Qué debe hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan?

Buckeye cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4, Sección D, página 51), **y**
- que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

➔ Si usted obtiene servicios que no tienen cobertura de nuestro plan, **es posible que tenga que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o cuidado médico, usted tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedir nuestra respuesta por escrito. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección 4, página 162 explica qué hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le dice cómo apelar una decisión de cobertura del plan. Usted puede llamar también a Servicios para Afiliados para más información sobre sus derechos de apelación.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si usted no tiene una aprobación previa de Buckeye para sobrepasar ese límite, es probable que tenga que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios para Afiliados para saber cuáles son los límites, si está cerca de alcanzarlos y lo que su proveedor debe hacer para pedir sobrepasar el límite si cree que es médicamente necesario.

J. ¿Cómo son cubiertos sus servicios de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica?

¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un *estudio de investigación clínica* (conocido también como *prueba clínica*) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si una forma nueva de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted seguirá inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidados de nuestro plan que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación nuestra ni de su proveedor personal. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, *no* tienen que ser proveedores de la red.

Pero, usted debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. La razón es la siguiente:

- Podremos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
- Podremos decirle qué servicios obtendrá de proveedores del estudio de investigación clínica y no de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de cuidados debe comunicarse con Servicios para Afiliados.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos bajo el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos bajo el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se registre en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que necesite como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Si usted forma parte de un estudio que Medicare *no* ha aprobado, **usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.**

Ohio Medicaid no cubre estudios de investigación clínica.

Más información

Usted podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/02226.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución no médica para cuidados de salud?

¿Qué es una institución religiosa no médica para cuidados de salud?

Una *institución religiosa no médica para cuidados de salud* es un lugar que proporciona cuidado que normalmente obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para cuidado de salud. Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente interno de Medicare Parte A (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará los servicios



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

de cuidado de salud no médico proporcionado solamente por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

¿Qué cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud, tienen cobertura con nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido.”

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado *voluntario* y *no exigido* por la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado que *no* sea voluntario y que *sea exigido* de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, este cuidado debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos *no religiosos* del cuidado de salud.
- Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
 - » Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente internado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
 - » Deberá obtener aprobación de nuestro plan, antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

Nuestro plan cubre días ilimitados para cuidado de hospital como paciente interno si es autorizado por el plan. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 51 para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero

¿Usted será dueño de su equipo médico duradero?

Equipo médico duradero significa ciertos artículos ordenados por un proveedor para ser usados en su hogar. Por ejemplo, equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, bastones, muletas, andadores y camas de hospital.

Usted siempre será dueño de ciertos elementos, como las prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero serán alquilados para usted por Buckeye. A veces usted será dueño del equipo que alquilamos para usted, después de que paguemos el alquiler por una cierta cantidad de meses y a veces no será dueño del equipo a pesar de que paguemos el alquiler por muchos meses. Llame a Servicios para Afiliados para saber si usted será dueño del equipo o si será alquilado.

¿Qué sucede si se cambia a Original Medicare?

En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero, pasan a ser dueños del equipo después de 13 meses. Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos, bajo Original Medicare, para ser dueño del equipo si:

- usted no se convirtió en propietario del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, **y**
- usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare.

Si hizo pagos por el equipo médico duradero bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, los pagos hechos a Medicare no contarán para los 13 pagos. Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare para que el equipo pase a ser de su propiedad.

➔ No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Original Medicare.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 4: Cuadro de Beneficios

Contenido

A. Para entender sus servicios cubiertos	48
B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por sus servicios.....	48
C. Sobre el Cuadro de beneficios.....	49
D. Cuadro de beneficios	51
Visitas preventivas	51
Servicios preventivos y exámenes	52
Otros servicios	57
E. Cómo acceder a los servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio.....	90
F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye	90
G. Beneficios que <i>no</i> están cubiertos por Buckeye, Medicare o Medicaid	91



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. Para entender sus servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles servicios cubre Buckeye, cómo accede los servicios, y si hay límites para los servicios. También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 y la información sobre cuánto pagará por los medicamentos en el Capítulo 6, Sección C.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, por lo general, no deberá pagar por los servicios cubiertos detallados en este capítulo, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Lea el Capítulo 3, Sección, B, página 30 para conocer los detalles sobre las reglas del plan. Sin embargo, es posible que sea responsable por pagar una "responsabilidad del paciente" para el hogar para personas de la tercera edad o la exención de servicios que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos o cómo accede servicios, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil, o a su administrador de cuidados al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, siete días a la semana.

B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por sus servicios

Excepto como explicamos arriba, no permitimos a los proveedores de Buckeye que le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio.

➔ **Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor. Si esto pasa, lea el Capítulo 7, Sección A, página 121 o llame a Servicios al cliente.**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

C. Sobre el Cuadro de beneficios

En el Cuadro de beneficios se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Enumera primero los servicios preventivos y luego las categorías de otros servicios en orden alfabético. También explica cuáles servicios están cubiertos, cómo acceder a los servicios y si hay límites o restricciones para los servicios. Si no puede encontrar el servicio que está buscando, tiene preguntas, o si necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a estos servicios, comuníquese con Servicios para Afiliados o su administrador de cuidados.

Cubriremos los servicios indicados en el Cuadro de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser un beneficio del plan y ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.
 - ➔ Si Buckeye decide que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado a tomar decisiones por usted puede apelar. Para más información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 162.
- Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 33 hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidados que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud.
- Algunos de los servicios anotados en el Cuadro de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama *preautorización*. Además, algunos de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor escribe una orden o receta para que usted reciba el servicio. Si no está seguro cuáles servicios requieren una preautorización, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestra página <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Usted no paga nada por los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos arriba. La única excepción es si usted tiene que pagar la responsabilidad del paciente para servicios en un hogar de personas de la tercera edad o exención de servicios según sea determinado por el Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

D. Cuadro de beneficios

Visitas preventivas

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Examen físico para niños (también llamado Healthchek)</p> <p>Healthchek ofrece los exámenes preventivos y periódicos, diagnósticos y tratamientos (EPSDT) para todas las personas inscritas en Medicaid desde que nacen hasta los 21 años de edad. Healthchek cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, del oído, nutricionales, del desarrollo y de salud mental. También cubre vacunas, educación sobre la salud y análisis de laboratorio.</p>	Ninguna.
<p>Visita anual para el cuidado de su salud</p> <p>Este examen tiene como fin desarrollar o actualizar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le cubrirán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Si usted ha participado en Medicare Parte B por 12 meses o menos, usted puede ir a una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Cuando haga la cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un examen de salud, ▪ educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), y ▪ preautorizaciones para otro tipo de cuidado, si lo necesita. 	Ninguna.

Servicios preventivos y exámenes

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>El plan cubre sesiones de consejería para dejar de fumar o consumir tabaco.</p>	Ninguna.
<p>Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>El plan cubre visitas a su proveedor de cuidados primarios para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hablarle sobre el uso de la aspirina, ▪ Revisar su presión de la sangre, o ▪ Darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien. 	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Examen de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan cubre una ecografía de aneurisma aórtico abdominal si usted está a riesgo.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes de VIH</p> <p>El plan cubre un examen de evaluación de VIH para las personas que pidan dicho examen o tengan un alto riesgo de contraer una infección de VIH.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>El plan cubre consejería para bajar de peso.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes exploratorios para cáncer de próstata</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un examen de tacto rectal ▪ Una prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	Ninguna.
<p>Exámenes para controlar la diabetes</p> <p>El plan cubrirá este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas).</p> <p>Es probable que usted quiera hablar con su proveedor sobre estos exámenes si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad, su familia tiene historia de diabetes o niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa).</p>	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Exámenes para detectar el cáncer al pulmón</p> <p>El plan pagará un examen para cáncer al pulmón cada 12 meses siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted tenga de 55 a 77 años de edad, y ▪ Usted haga una visita de consejería para tomar una decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y ▪ Usted haya fumado por lo menos 1 paquete al día durante 30 años sin indicaciones o síntomas de cáncer al pulmón o fuma ahora o dejó de fumar dentro de los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará por otra prueba de detección cada año con un orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal</p> <p>El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada año para todas las mujeres.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes para detectar el cáncer de seno</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mamografía inicial de referencia entre las edades de 35 y 39 años ▪ Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayor ▪ Las mujeres menores de 35 años que tengan un riesgo alto de desarrollar cáncer de seno podrían ser elegibles para mamografías ▪ Un examen clínico anual de los senos 	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Exámenes para detectar la depresión</p> <p>El plan cubre exámenes para detectar la depresión.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan cubre análisis de sangre para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>El plan cubre exámenes para tratar infecciones de transmisión sexual, incluyendo pero no limitado a clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan también cubre sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración.</p>	Ninguna.
<p>Exámenes y orientación por el abuso de alcohol</p> <p>El plan cubre un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá sesiones de consejería en persona con un proveedor de cuidados primarios calificado o un médico.</p>	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Vacunas (inmunizaciones)</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacunas para niños menores de 21 años ▪ Vacuna contra la neumonía ▪ Vacunas contra la gripe una vez al año en el otoño o el invierno ▪ Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B ▪ Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B o Medicaid ▪ Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6, Sección D, página 118 para obtener más información. 	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Otros servicios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Artículos de venta libre (sin receta médica, u OTC por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan cubre una selección limitada de artículos de OTC, los cuales están disponibles a través de pedido por correo.</p>	<p>Limitado a \$25 cada mes calendario por artículos elegibles de venta libre. Las cantidades no usadas no se acumulan de un mes a otro</p>
<p>Centros de salud aprobados por el gobierno federal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en Centros de salud aprobados por el gobierno federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas al consultorio de un proveedor de cuidados primarios y los servicios de especialistas ▪ Servicios de terapia física ▪ Patología del habla y servicios de audiolología ▪ Servicios dentales ▪ Servicios de podiatría ▪ Servicios de optometría y/o ópticos ▪ Servicios quiroprácticos ▪ Servicios de transporte ▪ Servicios de salud mental <p>Nota: Usted puede obtener servicios de un Centro de salud de la red o fuera de la red, aprobado por el gobierno federal.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Clínicas de salud rurales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en una Clínica de salud rural:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas al consultorio de un proveedor de cuidados primarios y servicios de especialistas ▪ Un psicólogo clínico ▪ Un trabajador social clínico para la diagnosis y tratamiento de enfermedades mentales ▪ Los servicios de una enfermera visitadora en ciertas situaciones <p>Nota: Usted puede recibir servicios de una Clínica de salud rural de la red y fuera de la red.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidado de la vista</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cubre un examen completo de la vista, un marco de anteojos, un par de lentes (lentes de contacto, si son medicamente necesarios): <ul style="list-style-type: none"> » Cada 12 meses para los afiliados menores de 21 años y mayores de 59 años de edad, o » Cada 24 meses para los afiliados de 21 a 59 años de edad. ▪ Preparación para el tratamiento de la vista ▪ Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo pero no limitado a: <ul style="list-style-type: none"> » Exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. » Un examen de glaucoma por año para afiliados menores de 20 años o mayores de 50 años, afiliados con una historia familiar de glaucoma, afiliados con diabetes, para afroamericanos de 50 años y mayores e hispanoamericanos de 65 años y mayores. » Un par de lentes o de lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte un lente intraocular. (Si usted tiene dos cirugías de cataratas por separado, usted deberá recibir un par de lentes después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de lentes después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de lentes después de la primera cirugía.) 	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidado necesario de urgencia</p> <p>El <i>cuidado necesario de urgencia</i> es el cuidado para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un caso que no es una emergencia, o ▪ una enfermedad inesperada, o ▪ una lesión, o ▪ una enfermedad que necesite cuidado inmediato. <p>Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.</p> <p>Buckeye cubre cuidado de emergencia o necesario de urgencia cuando quiera que lo necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios.</p>	<p>Los servicios necesarios de urgencia están cubiertos solamente si es recibido dentro de Estados Unidos y sus territorios. Comuníquese con Servicios para Afiliados para más detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidados de emergencia (lea también “cuidado necesario de urgencia”)</p> <p><i>Cuidado de emergencia</i> significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y ▪ necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una <i>emergencia médica</i> es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ graves riesgos para su salud, o ▪ daños graves a las funciones del cuerpo, o ▪ funcionamiento grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, o ▪ en el caso de una mujer embarazada, trabajo de parto activo, lo que significa trabajo de parto en un momento en el que podría suceder algo de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » No hay tiempo suficiente para transportarle a otro hospital antes del parto, sin riesgo. » El transporte podría ser un riesgo para su salud o su seguridad o la de su hijo por nacer. <p>En caso de emergencia, llame al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana (ER) o a otro establecimiento apropiado.</p> <p>Si no está seguro si necesita ir al ER, llame a su PCP o a la línea de consejería de enfermeras que está disponible las 24 horas del día. Su PCP o la línea de consejería de enfermeras pueden aconsejarle sobre qué hacer.</p> <p><i>El cuidado de emergencia está cubierto solamente si es recibido dentro de Estados Unidos y sus territorios. Comuníquese con Servicios para Afiliados para más detalles.</i></p>	<p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente interno en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidados de salud mental para pacientes externos</p> <p>El plan cubre servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un psiquiatra o médico con licencia del estado, ▪ un psicólogo clínico, ▪ un trabajador social clínico, ▪ una enfermera clínica especializada, ▪ una enfermera con licencia, ▪ un asistente médico, o ▪ cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental según las leyes aplicables del estado. <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios en un hospital general ▪ Tratamiento diario ▪ Servicios de rehabilitación psicosocial 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidados en hospicio</p> <p>Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté recibiendo cuidado de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ Cuidados de respiro a corto plazo ▪ Cuidados en el hogar ▪ Cuidados en un Centro de enfermería <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B son facturados a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea más información en la sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Buckeye, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Buckeye cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. A menos que usted tenga que pagar la responsabilidad del paciente para los servicios de un centro de enfermería, usted no paga nada por estos servicios. <p>Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Buckeye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Lea más información en el Capítulo 5, Sección F, página 109. <p style="text-align: center;"><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Si usted quiere servicios de cuidados de hospicio en un centro de enfermería, es probable que tenga que usar un centro de enfermería de la red. También es probable que sea responsable para pagar la responsabilidad del paciente por los servicios recibidos en un centro de enfermería, después de usar el beneficio de centro de enfermería de Medicare. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidado de hospicio <i>(continuación)</i></p> <p>Nota: A excepción de una urgencia/cuidado urgente, si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. Para comunicarse con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 al día, siete días a la semana.</p> <p><i>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de residencia en un hospicio para enfermos terminales.</i></p>	
<p>Cuidados en un hospital como paciente interno</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) ▪ Comidas, incluyendo dietas especiales ▪ Servicios de enfermería regulares ▪ Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario ▪ Medicamentos ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Radiografías y otros servicios de radiología ▪ Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios ▪ Aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital ▪ Servicios de sala de operaciones y de recuperación <p><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidados en un hospital como paciente interno <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Servicios como paciente interno por el abuso de sustancias ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Servicios médicos/de proveedores ▪ En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. <i>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o en una ubicación distante fuera del área de servicio. Si Buckeye proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante fuera del área de servicio y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona. Si los servicios de trasplante se encuentran disponibles en un centro de trasplantes local aprobado por Medicare, transporte y alojamiento no serán cubiertos por Buckeye.</i></p>	



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</p> <p>Los <i>dispositivos prostéticos</i> reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Los siguientes son ejemplos de dispositivos prostéticos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía ▪ Marcapasos ▪ Abrazadera (Tirante) ▪ Zapatos prostéticos ▪ Brazos y piernas artificiales ▪ Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) ▪ Dispositivos dentales <p>Además, el plan cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial de extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Vea los detalles en “Cuidado de la vista” en esta sección (página 59).</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Enfermería y atención en un centro de enfermería especializada</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semi-privada, o habitación privada si es medicamente necesaria ▪ Comidas, incluyendo dietas especiales ▪ Servicios de enfermería ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Los medicamentos que le dan como parte de su plan de atención médica, esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Suministros médicos y quirúrgicos provistos por centros de enfermería ▪ Análisis de laboratorio que hacen los centros de enfermería ▪ Radiografías y otros servicios de radiografía que hacen los centros de enfermería ▪ Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, que generalmente son provistas por los centros de enfermería ▪ Servicios médicos/de un proveedor <p style="text-align: center;"><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Es posible que usted sea responsable de pagar la responsabilidad del paciente para los costos de la habitación y comida cuando reciba servicios en un centro de enfermería. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Nota: La responsabilidad del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Enfermería y atención en un centro de enfermería especializada <i>(continuación)</i></p> <p>Por lo general usted recibirá su cuidado en un centro de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda obtener cuidado en un centro fuera de la red. Usted puede recibir cuidado aprobado por Medicaid en un centro de enfermería de los siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo el día en que se hizo afiliado de Buckeye <p>Usted puede recibir cuidados de Medicare en un centro de enfermería de lo siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que pague nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca cuidados en un centro de enfermería) ▪ Un centro de enfermería donde su esposo o esposa está viviendo en el momento que usted sale del hospital <p>Servicios médicamente necesarios en un centro de enfermería están cubierto por Buckeye Health Plan. Pago de comida y alojamiento o "responsabilidad del paciente" se aplicarán para estadía a largo plazo en un centro de enfermería, los cuales serán determinados por el trabajador de casos de JFS del condado, después que el beneficio de enfermería especializada de Medicare se agote. Estadía en un centro de enfermería elegibles bajo Medicare no requieren de una estadía de tres días.</p>	



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados</p> <p>El equipo médico duradero cubierto incluye, pero no está limitado a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas de rueda ▪ Equipo de oxígeno ▪ Bastones, muletas y andadores ▪ Bombas de infusión intravenosa ▪ Camas de hospital ▪ Inodoro portátil ▪ Humidificadores ▪ Prendas para la incontinencia ▪ Productos de nutrición enteral ▪ Suministros de ostomía y urológicos ▪ Vendajes quirúrgicos y suministros relacionados ▪ Dispositivos generadores de indicaciones verbales <p>Para otros tipos de suministros que el plan cubre, lea las secciones de servicios para controlar la diabetes, servicios para la audición y dispositivos prostéticos.</p> <p>Es posible que el plan también cubra aprender a usar, modificar o reparar su artículo. Su Equipo de cuidado trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si deben ser parte de su Plan de cuidados individualizado.</p> <p><i>Nosotros cubriremos por todo el equipo médico duradero que Medicare y Medicaid generalmente cubre. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, usted podría preguntar si podrían hacer un pedido especial para usted.</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos de receta de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Buckeye cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria ▪ Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan ▪ Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia ▪ Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano ▪ Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo ▪ Antígenos ▪ Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas ▪ Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la erythropoiesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, or Darbepoetin Alfa) <p style="text-align: center;"><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></p>	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos de receta de Medicare Parte B <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. ➔ El Capítulo 5, Introducción explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. ➔ El Capítulo 6, Sección C explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan. 	
<p>Programas de educación de salud y bienestar</p> <p><i>Tecnologías para acceso remoto (incluyendo tecnologías basadas en Web/telefonía y Línea abierta de enfermería). Directorio de proveedores en línea; sitio Web para afiliados en línea; consejería médica, crisis de salud del comportamiento, y servicios de apoyo para administración de casos a través de sistemas de llamadas gratis y disponibles a lo largo del país las 24 horas del día, 7 días a la semana.</i></p>	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de Servicios de Recuperación Especializados (SRS)</p> <p><i>Si usted es un adulto que ha sido diagnosticado con una enfermedad mental severa y persistente, y vive en la comunidad, usted podría ser elegible para recibir SRS específico para las necesidades de su recuperación. El plan cubre los siguientes tres servicios si está inscrito en el programa SRS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo de recuperación – <i>Los administradores de recuperación trabajarán con usted para:</i> <ul style="list-style-type: none"> » desarrollar a un plan de cuidado centrado en la persona, el cual refleja sus metas personales y resultados deseados, » controlar su plan de manera regular a través de reuniones frecuentes, y » proporcionar información y referidos. ▪ Colocación Individual y Empleo Apoyado (IPS-SE) – <i>Los servicios de empleo apoyado pueden:</i> <ul style="list-style-type: none"> » ayudarle a encontrar empleo, si está interesado en trabajar, » evaluar sus intereses, habilidades y experiencias en cuanto se relacionen a sus metas de empleo, y » prestar apoyo continuo para ayudarle a permanecer empleado. ▪ Apoyo de pares para recuperación: <ul style="list-style-type: none"> » Los pares de apoyo para recuperación usan sus propias experiencias de salud mental y desórdenes de uso de sustancias para ayudarle a alcanzar sus metas de recuperación, y » las metas están incluidas en un plan de cuidado que usted diseña según sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y apoyos. <p><i>La relación de pares puede ayudarle a concentrarse en estrategias y progreso hacia autodeterminación, autoabogacía, bienestar e independencia.</i></p>	<p>Si le interesa SRS, le pondremos en contacto con un administrador de recuperación quien iniciará la asesoría de elegibilidad, buscando información como su diagnóstico y su necesidad de ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida diaria.</p> <p>Individuos deben satisfacer criterios de elegibilidad específicos financieros, clínicos y de riesgo.</p> <p>Límites por servicio se aplican.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Repelente de insectos</p> <p>El plan proporcionará repelente de insectos para todos los afiliados sin restricciones de límite de utilización, de edad o de lugar de residencia. Repelente está cubierto en farmacias participantes con una receta de su proveedor.</p>	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios como paciente externo</p> <p>El plan cubre los servicios que recibe como paciente externo para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los siguientes son ejemplos de los servicios que cubre el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios en una sala de emergencias o en una clínica de pacientes externos como servicios de observación o cirugía como paciente externo ▪ El plan cubre cirugía ambulatoria y servicios en los centros de atención ambulatoria del hospital y centros de cirugía ambulatoria ▪ Quimioterapia ▪ Análisis de laboratorio y diagnóstico (por ejemplo análisis de orina) ▪ Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno sería necesario sin ese cuidado ▪ Imágenes (por ejemplo radiografías, tomografías computarizadas (CTs), imágenes por resonancia magnética (MRIs)) ▪ Terapia de radiación (radioterapia y terapia por isótopos), incluyendo materiales y suministros técnicos ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Suministros médicos, como entablillados y yesos ▪ Algunos exámenes y servicios preventivos ▪ Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios cubiertos como paciente interno durante una estadía no cubierta como paciente interno</p> <p>Si su estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un establecimiento con servicios de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de un médico ▪ Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio ▪ Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos ▪ Apósitos quirúrgicos ▪ Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos ▪ Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> » reemplazan a la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), o » reemplazan a la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. ▪ Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a la ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente ▪ Terapia física, del habla y ocupacional 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su salud o la de su bebé por nacer, si está embarazada.</p> <p>En aquellos casos que no sean emergencias, el plan cubrirá una ambulancia o camioneta para silla de rueda cuando sea medicamente necesario.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>
<p>Servicios de cuidado de salud en el hogar</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios que proveen las agencias de cuidado de salud en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un asistente de cuidados de salud en el hogar y/o servicios de enfermería ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Una enfermera privada (podría ser provista por un proveedor independiente) ▪ Terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral ▪ Servicios médicos y sociales ▪ Equipo y suministros médicos 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

<p>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención basados en el hogar y la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios diarios de salud para adultos ▪ Servicio de comidas alternativas ▪ Servicios de asistencia con las actividades diarias ▪ Encargado de opciones de cuidados en el hogar ▪ Servicio de ayuda con las tareas del hogar ▪ Transición a la comunidad ▪ Servicios de respuesta a emergencias ▪ Servicios de asistencia con las actividades diarias en la comunidad ▪ Encargado de cuidados en el hogar ▪ Alimentos llevados al hogar ▪ Equipo médico y dispositivos suplementarios adaptables, que proveen asistencia en el hogar. Límite de \$10,000 cada año de beneficio. ▪ Modificación, mantenimiento y reparación del hogar. Límite de \$10,000 cada año de beneficio ▪ Servicios de ama de casa ▪ Asistencia para vivir independientemente ▪ Consulta nutricional ▪ Servicios de cuidado para dar respiro fuera del hogar ▪ Servicios de cuidado personal ▪ Control de plagas ▪ Vida compartida ▪ Consejería con un trabajador social ▪ Servicios de exención de enfermería ▪ Exención para transporte 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Estos servicios están disponibles solamente si su necesidad de cuidados a largo plazo ha sido determinada por Medicaid de Ohio.</p> <p>Es probable que usted sea responsable por pagar la responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Para estos servicios se requiere que usted sea elegible y que se haya inscrito en un programa de exención administrado por el estado.</p>
---	--



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de médico/proveedor, incluyendo consultas en consultorios</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado de la salud o servicios de cirugía en lugares como un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o una clínica de paciente externos de un hospital ▪ Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista ▪ <i>Algunos servicios de Telehealth, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento de un médico o profesional para pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</i> ▪ Segunda opinión <i>de otro proveedor de la red</i> antes de un procedimiento médico ▪ Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, » reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, » extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplástico, o » servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico. 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen y tratamiento médico de planificación familiar ▪ Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar ▪ Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, anillo, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) ▪ Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) ▪ Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados ▪ Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) ▪ Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días.) ▪ Detección, diagnóstico y consejería de anomalías genéticas y/o trastornos metabólicos hereditarios <p style="text-align: center;"><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></p>	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de planificación familiar (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada) <p>Nota: Usted puede obtener servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado, de la red o fuera de la red, mencionado en el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> (por ejemplo Planned Parenthood). También puede obtener servicios de planificación familiar de una enfermera partera certificada de la red, un obstetra, ginecólogo o proveedor de cuidados primarios.</p>	
<p>Servicios de un centro de parto independiente</p>	Ninguna.
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie, los músculos y los tendones de la pierna que controlan el pie, y lesiones superficiales del pie distintos a aquellos asociados con un trauma ▪ Cuidado de rutina de los pies para los afiliados con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes 	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicios de rehabilitación como paciente externo <ul style="list-style-type: none"> » El plan cubre terapia física, ocupacional y del habla. » Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, en oficinas externas del hospital, oficinas de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones. ■ Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) <ul style="list-style-type: none"> » El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería para ciertas condiciones. » El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca <i>intensiva</i>, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. ■ Servicios de rehabilitación pulmonar <ul style="list-style-type: none"> » El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya sea moderada o muy severa. 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida para servicios de rehabilitación de paciente externo. No se requiere autorización previa para servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) ni servicios de rehabilitación pulmonar. Comuníquese con el plan para pedir detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud del comportamiento como paciente interno</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internación para cuidados psiquiátricos en un hospital psiquiátrico privado o público independiente o un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> » Para afiliados de 22 a 64 años, que sean internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite de 190 días de por vida de ese afiliado. ▪ Internación para cuidados de desintoxicación. 	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>
<p>Servicios de salud mental y abuso de sustancias en centros de salud mental de la comunidad</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental acreditados de la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de salud mental/entrevista para diagnóstico psiquiátrico <ul style="list-style-type: none"> » Limitado a un máximo de 4 horas por año para una evaluación hecha por personal no médico y 2 horas para la entrevista con el médico ▪ Servicios de Tratamiento psiquiátrico de apoyo de la comunidad (CPST) ▪ Terapia y consejería <ul style="list-style-type: none"> » Limitado a un máximo de 52 horas por año para la combinación de terapia individual/de grupo ▪ Intervención de crisis ▪ Control farmacológico <ul style="list-style-type: none"> » Limitado a un máximo de 24 horas por año ▪ Examen de admisión antes de ingresar al hospital ▪ Ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en ciertos consultorios médicos <p style="text-align: center;"><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud mental y abuso de sustancias en centros de salud mental de la comunidad <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalización parcial <ul style="list-style-type: none"> » La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Es ofrecido en un ambiente hospitalario a pacientes externos o por un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su médico o de su terapeuta. Además, evita que usted tenga que permanecer en el hospital. <p>Para más información, lea “Servicios de salud del comportamiento como paciente externo” y “Cuidado de salud mental como paciente externo”.</p>	



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud mental y abuso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desintoxicación ambulatoria ▪ Evaluación ▪ Administración de caso ▪ Consejería <ul style="list-style-type: none"> » Limitado a un máximo de 30 horas por semana ▪ Intervención de crisis ▪ Atención intensiva ambulatoria ▪ Examen de laboratorio/análisis de orina para la detección de alcohol/drogas ▪ Médico/somático <ul style="list-style-type: none"> » Limitado a un máximo de 30 horas por semana ▪ Administración de metadona ▪ Administración de medicamentos para la adicción en la oficina incluyendo vivitrol y la inducción de buprenorfina <p>Para más información lea “Servicios de salud del comportamiento como paciente externo” y “Cuidado de salud mental como paciente externo”.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de transporte en caso de no emergencia (lea también “Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas”)</p> <p>Usted está cubierto para 30 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan. Tipos de transporte de no emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van equipado para silla de ruedas • Taxi <p>Si <u>debe</u> viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de cuidado de salud cubiertos, Buckeye le proveerá transporte a y desde el consultorio de su proveedor.</p> <p>➔ Además de la asistencia con transporte que Buckeye provee, usted puede obtener ayuda con transporte para ciertos servicios, a través del programa de Transporte, en caso de no emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado.</p>	<p>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Exención de transporte – Los servicios de exención de transporte y el proveedor de aquellos servicios deben ser identificados en el plan de servicio de exención. Los servicios de exención de transporte no incluyen servicios llevados a cabo como exceso a lo que está aprobado, conforme y especificado al plan de servicio de exención de la persona.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para controlar la diabetes</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación para controlar su diabetes, en algunos casos ▪ Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> » Monitores de glucosa en sangre y tiras de prueba » Dispositivos para lancetas y lancetas » Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores ▪ Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies: <ul style="list-style-type: none"> » Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año calendario, o » Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) <p>El plan también cubrirá la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.</p>	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para la audición y suministros</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes de audición de rutina ▪ Pruebas de audición y de equilibrio para determinar si necesita tratamiento (cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado) ▪ Audífonos, baterías y accesorios (incluyendo su reparación y/o reemplazo) <ul style="list-style-type: none"> » Los audífonos comunes están cubiertos cada 4 años » Los audífonos digitales/programables están cubiertos cada 5 años ▪ Ajustes/evaluaciones para audífonos. 	Ninguna.
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografías ▪ Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación 	Ninguna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios y suministros para tratar enfermedades renales</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado ▪ Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 30 ▪ Tratamientos de diálisis como paciente interno, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial ▪ Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis ▪ Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar ▪ Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tal como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua <p>Nota: Sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, lea “Medicamentos de receta de Medicare Parte B” en este cuadro.</p>	<p>Ninguna.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido <i>ordenado</i> por su médico.</p> <p>El plan cubrirá tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año.</p>	<p><i>Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</i></p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

E. Cómo acceder a los servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio

Cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio (lea el Capítulo 1, Sección D, página 6) y necesita cuidados médicos, puede recibir cuidado de emergencia o de necesidad urgente en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. No cubrimos cuidado de emergencia o de necesidad urgente ni cualquier otro cuidado que reciba fuera de Estados Unidos o sus territorios. Para acceder a servicios de emergencia o de necesidad urgente, usted debería dirigirse al centro de emergencia o de cuidados urgentes más cercano. Vea el Capítulo 3, Sección H, página 38 para más detalles

F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye

Los siguientes servicios no están cubiertos por Buckeye pero están disponibles a través de Medicare. Llame a Servicios al cliente para averiguar sobre los servicios que no cubre Buckeye pero que están disponibles a través de Medicare.

Cuidado de hospicio

Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico de su hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Lea en el Cuadro de beneficios, en la sección D de este capítulo, más información sobre lo que Buckeye paga mientras usted esté recibiendo servicios de cuidado en un hospicio.

Por servicios de hospicio y servicios cubiertos por Medicare Parte A o B, en relación con su pronóstico médico terminal:

- El proveedor de hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios de hospicio en relación con su pronóstico médico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por Medicare Parte A o B sin relación con su pronóstico médico terminal (excepto por cuidado de urgencia o cuidado necesario urgentemente):

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



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Buckeye

- Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea más información en el Capítulo 5, Sección F, página 109.

Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su administrador de cuidados para hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Comuníquese con su administrador de cuidados llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, siete días a la semana.

G. Beneficios que *no* están cubiertos por Buckeye, Medicare o Medicaid

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. *Excluidos* significa que el plan no cubre esos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan, sólo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del afiliado*), excepto bajo las condiciones específicas anotadas. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Lea el Capítulo 9, si quiere información sobre cómo apelar Sección 4, página 162.

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en el Cuadro de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea las páginas 43-44 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un lugar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
- Cuidado de custodia cuando esté internado en un hospital.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
- Cuidado quiropráctico, distinto a los rayos X y la manipulación manual de la columna (ajustes) para corregir problemas de alineación conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto para el tratamiento limitado proporcionado según los reglamentos de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que estos sean parte de una prótesis de una pierna y estén incluidos en el costo de la prótesis, o si los zapatos son para una persona diabética con enfermedad en el pie.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas diabéticas con enfermedad en el pie.
- Servicios por infertilidad en los hombres o las mujeres.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años de edad o incapaz legalmente de dar su consentimiento para el procedimiento.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anti-conceptivos sin receta.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en el caso de una violación reportada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Acupuntura.
- Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA).
- Servicios para investigar la causa de una muerte (autopsia).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan

Contenido

Introducción	96
Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos	96
A. Cómo hacer que le surtan sus recetas.....	97
Surta su receta en una farmacia de la red	97
Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado cuando surta una receta	97
¿Y si quiere cambiar su receta a otra farmacia de la red?.....	97
¿Y si la farmacia que usted usa se retira de la red?.....	97
¿Y si necesita una farmacia especializada?	98
¿Puede usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos?	98
¿Puede obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos?.....	100
¿Es posible usar una farmacia que no esté en la red del plan?	100
B. La Lista de medicamentos del plan.....	101
¿Qué incluye la Lista de medicamentos?	101
¿Cómo puedo saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?.....	101
¿Qué <i>no</i> está en la Lista de medicamentos?.....	102
¿Qué son los niveles?.....	103
C. Límites de cobertura de algunos medicamentos.....	103
¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?	103
¿Qué clases de reglas hay?.....	104



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?.....	104
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto.....	105
Usted puede obtener un suministro temporario	105
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	108
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	109
Si usted está en un hospital o una institución de cuidados para personas de la tercera edad por una estadía que está cubierta por el plan	109
Si usted está en una institución de cuidados a largo plazo.....	110
Si usted está en una institución para el cuidado de la salud a largo plazo y se convierte en un nuevo afiliado del plan.....	110
Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare.....	111
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	111
Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado	111
Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	112



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus *medicamentos de receta como paciente externo*. Estos medicamentos son los que su proveedor ordena para usted y que usted obtiene de una farmacia o al pedirlos por correo e incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medicaid

Buckeye también cubre los siguientes medicamentos, sin embargo, no serán mencionados en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le den mientras esté en un hospital o institución de cuidados para personas de la tercera edad.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por Medicare Part B, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 51.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando, usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su Proveedor de cuidados primarios (PCP). También puede ser otro proveedor.
2. Generalmente, usted deberá usar una farmacia de la red para surtir su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, nosotros la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción. Lea la página 108 para saber cómo pedir una excepción.
4. Su medicamento debe ser usado para una *indicación aceptada médicamente*. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) o está respaldado por ciertos libros de referencia.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. Cómo hacer que le surtan sus recetas

Surta su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas *sólo* si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una *farmacia de la red* es una farmacia que aceptó surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

- ➔ Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de cuidados.

Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de identificación de afiliado** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento de receta cubierto.

Usted **siempre** debe mostrar su Tarjeta de identificación de afiliado a la farmacia, cuando surta una receta, para evitar problemas. Si usted no tiene la Tarjeta de identificación de afiliado cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

- ➔ Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios para o su administrador de cuidados.

¿Y si quiere cambiar su receta a otra farmacia de la red?

Si usted cambia de farmacia y necesita surtir una receta, usted puede pedir que un proveedor le dé una receta nueva o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva.

- ➔ Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de cuidados.

¿Y si la farmacia que usted usa se retira de la red?

Si la farmacia que usted usa se retira de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

- ➔ Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de cuidados.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben ser surtidas en una *farmacia especializada*. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como una institución de cuidados para personas de la tercera edad. Generalmente, las instituciones de cuidados a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de alguna institución de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia de la institución. Si la farmacia de su institución de cuidados a largo plazo no está en nuestra red o si usted tiene algún problema para acceder a sus beneficios de medicamentos en una institución de cuidados a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Las farmacias que suministran medicamentos que requieren administración e instrucciones especiales para su uso.

➔ Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de cuidados.

¿Puede usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos?

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para cierto tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están indicados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan permite que usted pida un suministro de por no más de 90 días. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

¿Cómo surto mi receta correo?

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web, <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en 16 días. Si su pedido se retrasa, comuníquese con Homescrpts llamando al 1-888-239-7690 (TTY: 711). Sus representantes se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este, y sábados de 9 a.m. a 12 p.m., hora del este.

¿Cómo procesará mi receta el servicio de pedidos por correo?

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que reciba de usted, recetas nuevas que reciba directamente del consultorio de su proveedor y resurtidos de sus recetas por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia reciba directamente del consultorio de su proveedor

Después que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidados de salud, se comunicará con usted para saber si usted quiere que surtan la receta inmediatamente o después. Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle a usted detener o retrasar el pedido antes de lo envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

3. Resurtidos de recetas por pedido por correo

Para resurtir, por favor comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por favor asegúrese de avisar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Puede proporcionar esta información llamando a Homescrpts llamando al 1-888-239-7690 (TTY: 711). Sus representantes se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este, y sábados de 9 a.m. a 12 p.m., hora del este.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos?

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de *medicamentos de mantenimiento* en la Lista de medicamentos de nuestro plan. *Los medicamentos de mantenimiento* son los que usted toma de manera regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red permiten obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro por 90 días tiene el mismo copago que un suministro por un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le dice cuáles farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos usted podrá usar los servicios de pedido por correo para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Lea la sección anterior para enterarse sobre los servicios de pedidos por correo.

¿Es posible usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Generalmente pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *sólo* cuando usted no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

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

- Cuando se encuentra fuera del área y necesita surtir una receta médica, pero no puede acceder o obtener las medicaciones en una farmacia de la red.
 - No puede obtener el medicamento de manera oportuna dentro del área de servicio ya que, por ejemplo, no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable manejando que preste servicio las 24 horas, 7 días a la semana.
 - Debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública en su área geográfica.
 - Por lo general, cubriremos una recarga única, un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.
- ➔ En estos casos, llame primero a Servicios para Afiliados para ver si hay una farmacia de la red cercana.

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



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ Si no puede usar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 121.

B. La Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos para la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos también dice si hay reglas que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando, usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

¿Qué incluye la Lista de medicamentos?

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y algunos medicamentos de receta y venta libre cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y cuestan menos.

Nosotros generalmente cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando, usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre y productos. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos de receta y funcionan igual. Para más información, llame a Servicios para Afiliados.

¿Cómo puedo saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?

Para saber si el medicamento que toma está en la Lista de medicamentos, usted puede:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Ir al sitio web del plan en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.
- Llamar a Servicios para Afiliados para buscar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos de receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en la Lista de medicamentos.

Buckeye *no* pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos son llamados *medicamentos excluidos*. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, usted puede apelar. (Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 162.)

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

- La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye medicamentos de Parte D y de Medicaid), no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte A o Parte B están cubiertos de manera gratuita por Buckeye, pero no son considerados como parte de sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) o respaldado por libros de referencia que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. Su médico podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama *uso no indicado en la etiqueta*. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medicaid.

- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Medicamentos para pacientes externos cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que sólo hacen ellos

¿Qué son los niveles?

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de tres niveles. Como regla general, un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- Medicamentos Nivel 1 son Medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo.
- Medicamentos Nivel 2 son Medicamentos de marca.
- Medicamentos Nivel 3 son Medicamentos que no son parte de Medicare Rx / Medicamentos de venta libre (OTC). Este es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel está su medicamento, busque el medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

- ➔ En el Capítulo 6, Sección C, página 116 dice la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de cobertura de algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos de receta. En general, nuestras reglas fomentan que obtenga un medicamento que funcione para su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y barato funciona tan bien como un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor use el medicamento más barato.

Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, usted debe pedirnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no que use los medicamentos sin los pasos adicionales.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ Para saber más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 188.

¿Qué clases de reglas hay?

1. Límites para el uso de medicamentos de marca si hay versiones genéricas

En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Casi siempre, si hay una versión genérica de algún medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica. Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca si hay una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

Usted o su médico deben obtener la aprobación de Buckeye para algunos medicamentos, antes de que usted surta su receta. Buckeye podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos más baratos (los cuales muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama *tratamiento progresivo*.

4. Límites a la cantidad

Nosotros limitamos la cantidad que usted podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama "límite a la cantidad". Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios para Afiliados o vaya a nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Nosotros trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- **El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan.** Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- **El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites especiales para la cobertura de ese medicamento.** Como se explicó en la sección anterior (Sección C, página 103), algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, tal vez usted o su proveedor deseen pedir una excepción a la regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.

Usted puede obtener un suministro temporario

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporario de un medicamento si el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporario de un medicamento, usted debe cumplir las siguientes dos reglas:

1. El medicamento que usted ha estado tomando:

- ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- nunca estuvo incluido en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- ahora tiene algún límite.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- **Usted estaba en el plan el año pasado y no vive en una institución de cuidados a largo plazo.**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. Este suministro temporario será de hasta 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.

- **Usted es nuevo en el plan y no vive en una institución de cuidados a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 de su participación** en el plan. Este suministro temporario será de hasta 30 días, permitiremos varios surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.

- **Usted estaba en el plan el año pasado y vive en una institución de cuidados a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. El total del suministro será de hasta 98 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 98 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red. (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios.)

- **Usted es nuevo en el plan y vive en una institución de cuidados a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 de su participación** en el plan. El total del suministro será de hasta 98 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 98 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios.)

- **Usted ha estado en el plan por más de 90 y vive en una institución de cuidados a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.**

Nosotros cubriremos un suministro por 31 de su medicamento, o menos, si su receta es por menos días. Esto es además del suministro de transición a cuidados a largo plazo.

- Durante el año del plan, es posible que usted tenga un cambio en el ambiente de su tratamiento (el lugar en el cual recibe y toma su medicamento), debido al nivel de cuidado que usted requiera. Tales transiciones pueden incluir, y no se limitan a:



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o institución de enfermería especializada a un ambiente de hogar
 - Afiliados que son admitidos a un hospital o institución de enfermería especializada desde un ambiente de hogar
 - Afiliados que se transfieren de una institución de enfermería especializada a otra y que son servidos por una farmacia diferente
 - Afiliados que terminan su estadía de Medicare parte A en una institución de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cobros de farmacia) y que ahora necesitan usar si beneficio Parte D del plan
 - Afiliados que dejan su estatus de hospicio y regresan a la cobertura estándar de Medicare Parte A y B
 - Afiliados dado de alta de hospitales de psiquiatría crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados
- Para dichos cambios en ambientes de tratamiento, Buckeye cubrirá tanto un suministro temporario de 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D si surte su receta en una farmacia de la red. Si cambia de ambiente de tratamientos muchas veces dentro de un mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o autorización previa y recibir aprobación para la cobertura continua de su medicamento. Revisaremos estas solicitudes para la continuación de terapia de manera individual si usted se encuentra en un régimen de medicamento estable que, si fuese cambiado, se sabe que conlleva riesgos.
- ➔ Para pedir un suministro temporario de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

- **Usted puede cambiar de medicamento.**

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. La lista le ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle a usted.

O

- **Usted puede pedir una excepción.**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción si dice que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

Si un medicamento que usted está tomando es eliminado de la Lista de medicamentos o se le pone algún límite para el año siguiente, le permitiremos pedir una excepción antes del año siguiente. Le avisaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente. Responderemos a su pedido de una excepción a más tardar en 72 horas después de recibirlo (o el informe de su proveedor).

- ➔ Para saber más sobre cómo pedir una excepción, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 188.
- ➔ Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o su administrador de cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1º de enero. Sin embargo, el plan podría modificar la Lista de medicamentos durante el año. El plan podría:

- Agregar medicamentos porque hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo medicamentos genéricos, o el gobierno aprobó un nuevo uso para un medicamento existente.
- Eliminar medicamentos porque fueron retirados del mercado o porque hay medicamentos más baratos que funcionan igual.
- Agregar o eliminar un límite a la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.

Si cualquiera de los cambios siguientes afecta algún medicamento que usted esté tomando, el cambio no le afectará a usted antes del 1º de enero del año siguiente:

- Pusimos un límite nuevo al uso del medicamento.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Sacamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no debido a que se retiró o debido a que un medicamento genérico nuevo lo reemplazó.

Usted generalmente no tendrá un aumento en sus pagos o límites nuevos para el uso del medicamento antes del 1º de enero del año siguiente. Estos cambios no le afectarán antes del 1º de enero del año siguiente.

Usted *será* afectado por el cambio de cobertura antes del 1º de enero, en los siguientes casos:

- Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico nuevo, el plan debe avisarle del cambio, por lo menos 60 días antes.
 - » El plan le puede surtir de nuevo su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red.
 - » Usted deberá trabajar con su proveedor durante esos 60 días para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente cubierto por el plan.
 - » Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que le siga cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 188.
 - Si un medicamento es retirado del mercado porque no es seguro o por algún otro motivo, el plan lo sacará de la Lista de medicamentos. Nosotros le avisaremos inmediatamente sobre este cambio.
 - » Su proveedor también sabrá sobre este cambio y trabajará con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.
- ➔ Si hay algún cambio de cobertura para un medicamento que usted esté tomando, **el plan le enviará un aviso**. Normalmente, el plan le informará, por lo menos 60 días antes del cambio.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

Si usted está en un hospital o una institución de cuidados para personas de la tercera edad por una estadía que está cubierta por el plan

Si le internan en un hospital o una institución de enfermería especializada que está cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o de la



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

institución de cuidados para personas de la tercera edad, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando, los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Si usted está en una institución de cuidados a largo plazo

Generalmente, una institución de cuidados a largo plazo, como una institución de cuidados para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si usted está viviendo en una institución de cuidados a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia de la institución, si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su institución de cuidados a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Si usted está en una institución para el cuidado de la salud a largo plazo y se convierte en un nuevo afiliado del plan

Si usted necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de límite, el plan le cubrirá un suministro temporario de su medicamento durante los primeros 90 días desde la fecha en que se hizo afiliado y hasta que le demos un suministro por 98 días. La primera vez que le surtamos su receta será por un máximo de 31 días, o menos, si en su receta está escrito que sea por menos días. Si usted necesita que le resurtamos el medicamento, lo cubriremos durante los primeros 90 en el plan.

Si usted ha sido afiliado del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, le cubriremos un suministro por 31 días.

Además, cubriremos un suministro por 31 días, si el plan tiene un límite de cobertura para ese medicamento. Si su receta fue escrita por una cantidad de días menor que 31 días, nosotros pagaremos por la cantidad que sea menor.

Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Es posible que un medicamento diferente cubierto por el plan le funcione igual. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento como usted quiere que sea cubierto.

➔ Para informarse más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 188.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita algún medicamento para el dolor, contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad que no esté cubierto por su hospicio porque no tiene relación con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que le recetó en el hospicio o de su proveedor de hospicio, de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos para recibir cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que deba estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedir a su proveedor de hospicio o la persona que le recetó en el hospicio que se asegure de darnos la notificación de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento.

Si usted deja el hospicio, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted dejó el hospicio. Lea en las partes anteriores de este capítulo sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

➔ Para saber más sobre el beneficio de hospicio, lea el Capítulo 4, Sección D, página 51.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como los siguientes:

- Errores en los medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted esté tomando otro medicamento que funciona igual
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo
- Medicamentos que podrían hacerle daño, si los toma al mismo tiempo
- Medicamentos con ingredientes a los que usted es alérgico

Si vemos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de receta, trabajaremos con su proveedor para solucionarlo.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para enfermedades diferentes, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que usted toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
- Cómo tomar mejor sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos de receta y de venta libre

Usted recibirá un resumen de esta discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales, que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma.

Sería una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidados de salud. También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted no quiere estar inscrito en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

- ➔ Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Afiliados o su administrador de cuidados.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medicaid

Contenido

Introducción	114
A. La Explicación de los beneficios (EOB)	115
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos.....	115
1. Usa su Tarjeta de identificación de afiliado.....	115
2. Se asegura que tengamos la información que necesitamos.	115
3. Revisa los informes que le enviamos.....	116
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo.....	116
Los niveles del plan.....	116
Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	116
¿Cuánto paga usted?.....	117
D. Vacunas	118
Antes de obtener una vacuna	118
Cuánto paga usted por una vacuna	118



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Introducción

Este capítulo habla de los medicamentos de receta de paciente externo. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

- medicamentos de receta de Medicare Parte D, **y**
- los medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Como usted es elegible para Medicaid, usted recibe “ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de receta de Medicare Parte D.

Para saber más sobre los medicamentos de receta, usted puede leer:

- **La Lista de medicamentos cubiertos del plan.** La llamamos la “Lista de medicamentos” que le dice:
 - » Los medicamentos que paga el plan
 - » En cuál de los 3 niveles está cada medicamento
 - » Si hay algún límite para los medicamentos

Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

- **El Capítulo 5 de este Manual del afiliado.** El Capítulo 5, Introducción, página 96 le dice cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan. Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta *no* están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red, en el Capítulo 5, Sección A, página 97.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. La Explicación de los beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro del total de los costos de sus medicamentos. Ésta es la cantidad de dinero que usted (o un tercero que pague en su nombre) pagan por sus medicamentos de receta.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un informe llamado la *Explicación de los beneficios*. Lo llamamos *EOB* para abreviar. La EOB incluye:

- **La información del mes.** Este informe le dice qué medicamentos de receta recibió usted. Éste muestra el costo total por medicamento, cuánto ha pagado el plan y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.
 - **La información “de lo que va del año”.** Éste es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1º de enero.
- ➔ Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare. Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, lea la Lista de medicamentos.

B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamentos y los pagos que Medicare ha hecho, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted nos puede ayudar cuando:

1. Usa su Tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte, cuánto paga y cuánto paga Medicare por usted.

2. Se asegura que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos por los que haya pagado. Usted debe darnos copias de los recibos cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

- ➔ Si no pudo usar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su medicamento de receta, lea el Capítulo 7, Sección A, página 121 para obtener más información sobre qué hacer.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

3. Revisa los informes que le enviamos.

Cuando usted reciba por correo la Explicación de beneficios, por favor asegúrese de que esté completa y correcta. Si le parece que algo está equivocado o que algo falta en el informe o si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo

En Buckeye, usted no paga nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.

Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de 3 niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta libre de la Lista de medicamentos de Buckeye. Para conocer los niveles de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2 (Medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos que no son parte de recetas de Medicare o de venta libre (“Rx / OTC”)) incluye medicamentos tanto genéricos como de marca.

Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de algunos medicamentos, (también se llama “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

- ➔ Lea los detalles de cómo y dónde obtener un suministro a largo plazo en el Capítulo 5, Sección A, página 97 o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Cuánto paga usted?

Su parte del costo de un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento de receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o hasta por 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro por un mes o hasta por 90 días	Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red Un suministro hasta por 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro por hasta por 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5, Sección A, página 97.
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 (Medicamentos de marca)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 3 (Medicamentos que no son de Medicare Rx / OTC)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago

➔ Si quiere información sobre cuáles farmacias pueden darle suministros a largo plazo, lea el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo **de la vacuna**. La vacuna es un medicamento de receta.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **ponerle la vacuna**. Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna como una inyección que le pone su médico.

Antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que llame antes a Servicios para Afiliados cada vez que piense obtener una vacuna.

- Podremos decirle cómo cubre su vacuna nuestro plan.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al usar proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red deberá trabajar con Buckeye para garantizar que usted no tenga costos inmediatos por una vacuna de la Parte D.

Cuánto paga usted por una vacuna

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para que se esté vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas, sin costo para usted. Para saber más sobre estas vacunas, lea el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 51.
- Otras vacunas son consideradas como medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar la lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan.

Éstas son tres maneras comunes en las que usted podría obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted compra la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red y le ponen su inyección en la farmacia.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Algunos estados no permiten que las farmacias pongan inyecciones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y su médico le pone la inyección.
 - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.
 - En este caso, la oficina del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos informarles que usted no pagará nada por la vacuna.
3. Usted compra la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le ponga la inyección.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Contenido

A. Cuándo nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos	121
B. Cómo evitar problemas de pago	123



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

A. Cuándo nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir facturas por servicios o medicamentos recibidos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben enviar al plan los cobros por los servicios o medicamentos que usted haya recibido. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por servicios o medicamentos, llame a Servicios para Afiliados o envíenos la factura. Para enviarnos una factura, lea la Sección B de este capítulo, página 123.

- Si no pagó la factura, le pagaremos directamente al proveedor si los servicios o medicamentos están cubiertos y si usted siguió las reglas del Manual del afiliado.
 - Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura y siguió las reglas del Manual del afiliado, usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
 - Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le avisaremos.
- ➔ Comuníquese con Servicios para Afiliados o su administrador de cuidados si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría pedirle a nuestro plan que le ayude con un pago que haya hecho o una factura que haya recibido:

1. Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Usted siempre debería decirle al proveedor que es afiliado de Buckeye y pedirle al proveedor que le cobre al plan.

- Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, puede pedirnos que le devolvamos la cantidad total. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
- Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- » Si se debe pagar, le pagaremos directamente al proveedor.
- » Si usted ya pagó por el servicio, nos comunicaremos con el proveedor para que le devuelvan lo que haya pagado.

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas por servicios cubiertos al plan.

- No permitimos que los proveedores agreguen cargos por separado, lo que se llama “cobro de saldo”. Esto es cierto aunque le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Nos comunicaremos con el proveedor para que le devuelvan lo que haya pagado por los servicios cubiertos.

3. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta en un caso de emergencia

Cubriremos los medicamentos de receta surtidos en farmacias fuera de la red solamente en casos de emergencia. Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red sólo cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Cuando usted se encuentra fuera del área inesperadamente; necesita despachar una receta y no puede obtener los medicamentos en una farmacia de la red.
- Durante un desastre declarado en su área geográfica. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá despachar sus recetas médicas en una farmacia fuera de la red. Lea el Capítulo 3, Sección H, página 38 para ver información sobre cómo obtener atención durante un desastre.
- Por lo general, cubrimos hasta un suministro de 30 días de medicamentos despachados en una farmacia fuera de la red en limitadas circunstancias que no son de rutina, cuando una farmacia de la red no se encuentra disponible.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

En estas situaciones, **por favor verifique primero con Servicios para afiliados** para ver si hay una farmacia de la red en su cercanía.

Usted siempre puede llamar a Servicios para Afiliados 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil: o a su administrador de cuidados al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, siete días a la semana, si le piden que pague por servicios, recibe una factura o tiene preguntas. Puede usar el formulario de la página 221 o pedir a Servicios para Afiliados que le manden el formulario, si quiere mandarnos la información sobre la factura. También puede mandar la información a través de nuestro sitio web <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

B. Cómo evitar problemas de pago

1. Usted siempre tiene que preguntarle al proveedor si el servicio está cubierto por Buckeye.

Excepto en una emergencia o cuidado urgente, no pague por los servicios a menos que le haya pedido una decisión de cobertura a Buckeye (lea el Capítulo 9, Sección 5.2, página 168), si recibió una decisión final diciendo que el servicio no está cubierto, y decidió que usted todavía quiere recibir el servicio, a pesar de que el plan no lo cubra.

2. Reciba una aprobación del plan antes de ver a un proveedor fuera de la red.

La excepción a esta regla es si usted necesita servicios de emergencia o cuidado urgente fuera de la red. Otra excepción es si recibe servicios en un Centro de salud federal acreditado, una Clínica de salud rural, y proveedores de planificación familiar acreditados que están en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si recibe cuidados de un proveedor fuera de la red, pídale al proveedor que facture a Buckeye. Si el proveedor fuera de la red es aprobado por Buckeye, usted no debe pagar nada. Si el proveedor fuera de la red no quiere mandar la factura a Buckeye y usted paga por el servicio, llame a Servicios para Afiliados inmediatamente para hacérselo saber.

► Recuerde que, en la mayoría de los casos, usted debe obtener una aprobación previa del plan antes de ver a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que usted tenga una emergencia o necesite cuidado urgente, esté en el período de transición o el proveedor no requiere una aprobación previa, como mencionamos arriba, es probable que no paguemos por los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. Si tiene



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

preguntas sobre su cuidado, durante el período de transición, ya sea que necesite una aprobación para ver a cierto proveedor o necesite ayuda para encontrar a un proveedor de la red, llame a Servicios para Afiliados.

3. Siga las reglas del Manual del afiliado cuando reciba servicios.

Lea el Capítulo 3, Sección B, página 30 para entender las reglas sobre cómo obtener cuidados de salud, salud del comportamiento y otros servicios. Lea el Capítulo 5, Introducción, página 96 para las reglas sobre cómo obtener medicamentos de receta como paciente externo.

4. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar proveedores de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios para Afiliados para pedir una copia o vaya al sitio web <http://mmp.buckeyehealthplan.com> para la información más actualizada.

5. Siempre tenga con usted su Tarjeta de identificación de afiliado y muéstrele al proveedor o farmacia cuando reciba cuidados.

Si se olvidó su Tarjeta de identificación de afiliado, pídale al proveedor que llame a nuestro plan al 1-866-296-8731 (TTY: 711) de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Si su tarjeta se dañó, se perdió o se la robaron, llame a Servicios para Afiliados inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Contenido

Introducción	127
A. Aviso sobre las leyes.....	127
B. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades	127
C. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento.....	128
D. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	129
E. Debemos proteger su información médica.....	130
Cómo protegemos su información médica.....	130
Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos.....	131
F. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted.....	140
G. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente.....	141
H. Usted tiene derecho a obtener su cobertura de Medicare y Parte D de Original Medicare u otro plan de Medicare, en cualquier momento, pidiendo un cambio.....	141
I. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud.....	142
Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud.....	142
Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud	143
Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	144



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

J. Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos..... 148

 Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos 149

 Cómo obtener más información sobre sus derechos..... 149

K. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan..... 150

L. Aviso sobre Medicare como segundo pagador 152



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos.

A. Aviso sobre las leyes

Varias leyes se aplican a este *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no fueron incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual, son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid y las leyes estatales sobre el programa de Medicaid. Es posible que otras leyes federales y estatales también se apliquen.

B. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

Cada año que usted está en nuestro plan, debemos avisarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender.

- ➔ Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- ➔ Nuestro plan también puede darle materiales en idiomas que no son inglés y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para obtener materiales en español o en otro formato, sírvase llamar a Servicios para Afiliados 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede escribirnos a Buckeye Health Plan – MyCare Ohio, 4349 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219. Nos puede pedir que le enviemos futuros materiales en el mismo idioma o formato.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

C. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe respetar las leyes que le protegen de la discriminación o del tratamiento injusto. **Nosotros no discriminamos** en contra de nuestros afiliados sobre ninguno de lo siguiente:

- Apelaciones
- Capacidad mental
- Color
- Creencia
- Conducta
- Discapacidad mental o física
- Edad
- Estado de salud
- Etnicidad
- Evidencia de asegurabilidad
- Experiencia con reclamos
- Historial médico
- Identidad sexual
- Información genética
- Orientación sexual
- Origen nacional
- Raza
- Recibo de atención de salud
- Religión
- Sexo
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Uso de servicios

Según las reglas del plan, usted tiene derecho a mantenerse libre de toda restricción o reclusión física que pudiera ser usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Usted tiene el derecho a ser tratado con respeto y consideración por su dignidad y privacidad.

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos. El ejercer sus derechos no afectará la forma en la que el plan, nuestros proveedores de la red, o el Departamento de Medicaid de Ohio lo traten.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ Para obtener más información o si cree que usted podría tener una queja por discriminación o por haber recibido un tratamiento injusto, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- ➔ También puede llamar a la Oficina de derechos civiles del departamento de trabajo y servicios de familias de Ohio al 1-866-227-6353 (TTY 1-866-221-6700).
- ➔ Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidados o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

D. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede recibir servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.

Como afiliado de nuestro plan:

- Usted tiene el derecho a recibir todos los servicios que Buckeye debe proveer y a elegir el proveedor que le preste cuidado cuando sea posible y apropiado.
- Usted tiene el derecho a que otras personas no lo oigan o vean cuando está recibiendo atención médica.
- Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
 - » Llame a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a ir a ver un ginecólogo u otro especialista en salud femenina de la red, por servicios de salud femenina cubiertos, sin tener que obtener una preautorización. Una *preautorización* es una aprobación por escrito de su proveedor de cuidados primarios.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para saber sobre Proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3, Sección B, página 30.

El Capítulo 9, Sección 10, página 216 dice qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un tiempo razonable. El Capítulo 9, Sección 4, página 162 también dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

E. Debemos proteger su información médica

Nosotros protegemos su información médica personal tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información médica incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene el derecho a contar con el manejo confidencial de la información relacionada con sus diagnósticos, tratamientos, pronósticos e historial médico y social.
- Usted tiene derecho a recibir información y a controlar la forma en que se usa la información sobre su salud. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su información médica.

Cómo protegemos su información médica

- Usted tiene el derecho a recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguna persona a la que usted haya autorizado legamente para recibir dicha información o alguien que usted pidió que sea contactado en caso de emergencia cuando no es en el mejor interés para su salud que usted reciba esta información.
- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- En casi ninguna situación le daremos información sobre su salud a alguien que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - » Debemos revelar la información médica a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
 - » Debemos darle a Medicare la información sobre su salud y medicamentos. Si Medicare revela su información con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales.

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos si su solicitud no es para transferir los expedientes a un nuevo proveedor.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su información de salud ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica, llame a Servicios para Afiliados.

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

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. *POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.*

Obligaciones de entidades cubiertas:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es una Entidad Cubierta, de acuerdo con la definición y regulación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Por ley, Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) tiene la obligación de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Debemos darle este aviso. Incluye nuestras obligaciones legales y prácticas privadas en relación a su PHI. Debemos seguir los términos del aviso actual. Debemos avisarle si hay una infracción a su PHI asegurada.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y revelar su PHI. Describe sus derechos de acceder, cambiar y manejar su PHI. También indica cómo usar sus derechos.

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) puede cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho a poner en vigencia el Aviso corregido o cambiado para el PHI suyo que ya tenemos. Podemos además ponerlo en vigencia para cualquiera de sus PHIs que recibamos en el futuro. Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) actualizará y le enviará este aviso con prontitud cada vez que haya un cambio en el material contenido en las siguientes declaraciones de este aviso:

- Los usos y revelación de información
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad mencionadas en el aviso

Los avisos actualizados se encontrarán en nuestro sitio Web. Además, si solicita una copia, se la enviaremos por correo o vía email.

Los usos y revelación de información de su PHI:

La siguiente esta una lista de cómo podemos utilizar o revelar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento. Podemos utilizar o revelar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le esté proporcionando tratamiento. Hacemos esto para coordinar su tratamiento entre proveedores. Hacemos esto también para ayudarnos con decisiones de autorización previas relacionadas con sus beneficios.

Pago. Podemos utilizar y revelar su PHI para realizar pagos de beneficios por servicios de atención médica que usted haya recibido. Podemos revelar su PHI debido a asuntos de pago a otro plan de salud, proveedor de atención médica u otra entidad. Esto está sujeto a las Regulaciones de Privacidad federales. Actividades de pago pueden incluir:



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- proceso de solicitudes de reembolso (reclamaciones)
- determinación de elegibilidad o cobertura para solicitudes de reembolso
- emisión de cobros de primas
- revisión de servicios por necesidad médica
- llevar a cabo revisiones de utilización de solicitudes de reembolso

Operaciones de Atención Médica. Podemos utilizar y revelar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:

- proporcionar servicio al cliente
- responder a quejas y apelaciones
- proporcionar administración de casos y coordinación de cuidado
- conducir revisiones médicas de solicitudes de reembolso y otras evaluaciones de calidad
- actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención médica, podemos revelar PHI a asociados de negocios. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con dichos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Regulaciones de Privacidad federales. La entidad debe además tener alguna relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de calidad y actividades de mejoramiento
- revisión de competencia o calificaciones de profesionales de atención médica
- administración de casos y coordinación de cuidado
- detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica

Recordatorios de Citas Médicas/Alternativas de Tratamiento. Podemos utilizar y revelar su PHI para recordarle de una cita para tratamiento o cuidado médico con nosotros. Podemos también utilizarla o revelarla para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamientos. Podemos además utilizarla o revelarla para otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Como lo exija la ley. Si la ley federal, estatal y/o local demanda el uso o revelación de su PHI, podemos utilizar o revelar su información PHI. Haremos esto cuando el uso o la revelación cumpla con la ley. El uso o revelación está limitado a las exigencias de la ley. Podría haber otras leyes o regulaciones que representan conflicto. Si esto sucede, cumpliremos con la ley o regulación más restrictiva.

Actividades de Salud Pública. Podemos utilizar y revelar su PHI a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedad, daño o discapacidad. Podemos revelar su PHI a la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, sigla en inglés). Podemos hacer esto para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de productos o servicios bajo el control de FDA.

Víctimas de Abuso y Negligencia. Podemos revelar su PHI a una autoridad de gobierno local, estatal o federal. Esto incluye servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada legalmente para obtener estos reportes. Haremos esto si tenemos razón para creer que existe abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos Judiciales y Administrativos. Podemos revelar su PHI durante procedimientos judiciales y administrativos. Podemos además revelarlo en respuesta a lo siguiente:

- una orden de una corte
- tribunal administrativo
- citación
- orden de comparecencia
- orden judicial
- solicitud de descubrimiento de pruebas
- solicitud legal similar

Cuerpos policiales. Podemos revelar su PHI de relevancia a cuerpos policiales cuando tengamos la obligación de hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:

- orden de corte
- orden judicial de corte
- citación



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- orden de comparecencia emitida por un oficial judicial
- citación de jurado de acusación

Podemos además revelar su PHI relevante para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona extraviada.

Forense, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos revelar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. Podemos también revelar su PHI a directores funerarios, como sea necesario, para llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de Órganos, Ojos y Tejidos. Podemos revelar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. Podemos además revelar su PHI a aquellos que trabajan en la obtención, banca o trasplante de:

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

Amenazas a Salud y Seguridad. Podemos revelar su PHI si creemos, de buena fe, que es necesario para prevenir o aminorar una amenaza grave o inminente. Esto incluye amenazas a la salud o seguridad de una persona o del público.

Funciones Gubernamentales Especializadas. Si usted es afiliado de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, podemos revelar su PHI como requerido por las autoridades de comando militar. Podemos también revelar su PHI:

- a oficiales federales para seguridad nacional
- a actividades de inteligencia
- al Departamento de Estado para determinaciones de pertinencia médica
- para servicios de protección del Presidente u otra persona autorizada

Indemnización de Trabajadores. Podemos revelar su PHI para cumplir con leyes relacionadas a indemnización de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley. Estos son programas que proporcionan beneficios debido a daños o enfermedades relacionadas con trabajo, independiente a la culpabilidad.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Situaciones de Emergencia. Podemos revelar su PHI en una situación de emergencia, o si usted no se encuentra habilitado para responder o está ausente. Esto incluye a un familiar, amigo personal cercano, agencia de alivio a desastres autorizada o cualquier otra persona de quien usted nos haya hablado. Utilizaremos juicio profesional y experiencia para decidir si la revelación es para su conveniencia. De ser para su conveniencia, revelaremos el PHI directamente relevante a la persona involucrada con su cuidado.

Investigación. En algunos casos, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado. Deben contar con medidas de salvaguardia para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Acuerdo verbal para usos y revelaciones de su PHI

Podemos tomar su acuerdo verbal para utilizar y revelar su PHI a otras personas. Esto incluye familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Usted puede objetar el uso o revelación de su PHI en el momento de la solicitud. Usted puede darnos su consentimiento verbal u objeción por adelantado. Puede darnoslo también en el momento del uso o revelación. Limitaremos el uso o revelación de su PHI en estos casos. Limitamos la información a lo que es directamente relevante para aquella persona involucrada en su tratamiento o pago de atención médica.

Podemos tomar su consentimiento u objeción verbal para utilizar o revelar su PHI en una situación de desastre. Podemos dársela a una entidad autorizada de alivio de desastres. Limitaremos el uso o revelación de su PHI en estos casos. Estará limitado al aviso a un familiar, representante personal u otra persona responsable por el cuidado de su lugar y su condición general. Usted puede darnos su consentimiento verbal u objeción por adelantado. Puede darnoslo también en el momento de uso o revelación de su PHI.

Usos y revelaciones de su PHI que requieren de su autorización por escrito

Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para utilizar o revelar su PHI, con algunas excepciones, debido a las siguientes razones:

- *Venta de PHI.* Solicitaremos su aprobación por escrito antes de cualquier revelación que sea considerada como venta de su PHI. Una venta de su PHI significa que estamos recibiendo pago por la revelación de PHI en esta manera.
- *Marketing.* Solicitaremos su aprobación por escrito para utilizar o revelar su PHI para propósitos de marketing con excepciones limitadas. Por ejemplo, cuando tengamos



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

comunicaciones de marketing con usted en persona. O, si hacemos regalos promocionales de valor nominal.

- *Restricciones adicionales en el Uso y Divulgación.* Ciertas leyes federales y estatales exigen protecciones de privacidad que restringen el uso y divulgación de cierta información relacionada a la salud, incluyendo información altamente confidencial sobre usted. "Información altamente confidencial" puede incluir información confidencial bajo leyes federales gobernando información sobre el consumo de alcohol y drogas e información genética, además de leyes estatales que frecuentemente protegen los siguientes tipos de información:
 - VIH/SIDA;
 - Salud mental;
 - Pruebas genéticas;
 - Consumo de alcohol y drogas;
 - Información sobre enfermedades sexualmente transmitidas y salud reproductiva; y
 - Abuso de menores o adultos o negligencia, incluyendo casos de agresión sexual.

Todo otro uso y revelación de su PHI no descrito en este Aviso será realizado solo con su consentimiento por escrito. Usted puede retractar su consentimiento en cualquier momento. La solicitud para retractar su consentimiento debe ser por escrito. Su solicitud para retractar su consentimiento entrará en vigencia al momento de presentarla. Existen dos casos en los cuales no entrará en vigencia al momento de solicitarlo. El primer caso es cuando ya hemos llevado a cabo una acción basada en una aprobación del pasado. La segunda es antes que hayamos recibido su solicitud por escrito para detenerlo.

Sus derechos

Los siguientes son sus derechos concernientes a su PHI. Si desea utilizar cualquiera de los derechos a continuación, sírvase a comunicarse con nosotros. Nuestra información de contacto se encuentra al final de este Aviso.

- *Derecho a solicitar restricciones.* Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y revelación de su PHI debido a tratamiento, pago u operaciones de atención



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

médica. Usted puede además solicitar revelaciones a personas involucradas en su atención médica o el pago de la misma. Esto incluye familiares o amigos cercanos. Su solicitud debería señalar las restricciones que usted está pidiendo. Debería además indicar a quién aplican las restricciones. No estamos obligados a consentir con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción. No cumpliremos si la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o revelación de PHI debido a pagos u operaciones de atención médica a un plan de salud si usted ha pagado por el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

- *Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.* Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en otras localidades u otras maneras. Este derecho solo aplica si la información pudiera ponerle en peligro si no es comunicado de otra manera u otra localidad. Usted no tiene que explicar la razón de su solicitud. Sin embargo, usted debe señalar que la información podría ponerle en peligro si el cambio no es realizado. Debemos trabajar con su solicitud si es razonable y señala la otra manera o ubicación donde su PHI debería ser entregado.
- *Derecho al acceso y recepción de copias de su PHI.* Usted tiene derecho, con limitadas excepciones, a ver o recibir copias de su PHI contenido en un conjunto de archivos designado. Puede solicitarnos que le entreguemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que nos solicita a menos que no nos sea práctico. Debe solicitar el acceso a su PHI por escrito. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le informaremos si las razones de denegación pueden ser revisadas. Le indicaremos además cómo solicitar una revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- *Derecho a cambiar su PHI.* Usted tiene derecho a solicitar que cambiemos su PHI si cree que contiene información equivocada. Debe solicitarlo por escrito. Debe explicar por qué la información debería ser cambiada. Podemos denegar su solicitud debido a ciertas razones. Por ejemplo, si no creamos la información que usted desea cambiar y el creador del PHI puede realizar el cambio. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede contestar con una afirmación indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su afirmación al PHI que nos pide que cambiemos. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, llevaremos a cabo esfuerzos razonables para dar aviso a otros sobre el cambio. Esto incluye personas a quien usted nombre. Haremos además el esfuerzo de incluir los cambios en cualquier futura revelación de aquella información.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- *Derecho a recibir un recuento de revelaciones.* Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las que nosotros o nuestros asociados empresariales hayamos revelado su PHI dentro de un período en los últimos 6 años. Esto no aplica a revelaciones con propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o revelaciones que usted haya autorizado y algunas otras actividades específicas. Si usted lo solicita más de una vez dentro de un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos mayor información sobre estas tarifas al momento de su solicitud.
- *Derecho a presentar una queja.* Si usted estima que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja. También puede hacerlo por teléfono. Utilice la información de contacto al final de este Aviso. Puede además enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, siglas en inglés). Encuentre la información de contacto en el sitio Web de HHS visitando www.hhs.gov/ocr. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección para enviar una queja por escrito a HHS. **NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR ENVIAR UNA QUEJA.**
- *Derecho a recibir una copia de este Aviso.* Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento llamando a Servicios para Afiliados. Utilice la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo, puede solicitar una copia de este aviso por escrito.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas a su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por correo. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Utilice la información de contacto a continuación.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Attn: Privacy Official

4349 Easton Way, Suite 400

Columbus, OH 43219

1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

F. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

Como afiliado de Buckeye, usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Este servicio es gratuito. Buckeye puede proporcionar materiales en idiomas alternos, como español. También le podemos dar información en letras grandes, braille o audio.

Si desea saber sobre algo de lo siguiente, llame a Servicios para Afiliados:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de planes**
- **Información sobre nuestro plan, incluyendo pero no limitado a:**
 - » Información financiera
 - » Cómo ha sido calificado el plan por los afiliados del plan
 - » Cuántas apelaciones han hecho los afiliados
 - » Cómo retirarse del plan
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:**
 - » Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidados primarios (PCP). Usted puede cambiar su PCP por otro PCP de la red en cualquier momento. El cambio entra en vigor el primer día del siguiente mes. Debemos enviarle algo por escrito diciéndole quien es su nuevo PCP y la fecha en que se hizo el cambio.
 - » Cuáles son las certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
 - » Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
- ➔ Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios para Afiliados o vaya a nuestro sitio web <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Información sobre servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:**
 - » Los servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - » Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
 - » Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo:**
 - » Pedirnos que expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
 - » Pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado
 - » Pedirnos que paguemos una factura que usted recibió

G. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7, Sección A página 121.

H. Usted tiene derecho a obtener su cobertura de Medicare y Parte D de Original Medicare u otro plan de Medicare, en cualquier momento, pidiendo un cambio

Usted tiene el derecho a recibir sus servicios de cuidado de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de Medicare Advantage. Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos de receta o un plan de Medicare Advantage. Sin embargo, usted debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio. Si quiere cambiar, puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

I. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento, provisto de una manera apropiada a su condición y capacidad de comprender.
- **Conozca los riesgos** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pida una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro proveedor acreditado de la red antes de tomar una decisión sobre un tratamiento. Si no tenemos disponible otro proveedor acreditado de la red, arreglaremos una visita con un proveedor fuera de la red, sin costo alguno para usted.
- **Puede decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento o terapia. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento, terapia o deja de tomar un medicamento, el médico o Buckeye debe explicarle que puede pasar y debe poner una nota en su expediente médico. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Puede pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Puede pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9, Secciones 5.2 (página 168) y 6.4 (página 190) explican cómo pedir una decisión de cobertura del plan.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Conozca los roles específicos de un estudiante practicante.** Usted tiene el derecho a negarse a recibir tratamiento de un estudiante.

Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama *directiva anticipada*. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un *testamento en vida* y un *poder legal para cuidados de salud*.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid como el *Ohio Department of Job and Family Services*, el *Ohio Department of Aging*, y el *Ohio Department of Health* también tengan formularios de directivas anticipadas. El formulario también está disponible en el siguiente sitio web:
http://proseniors.org/Law_Library/Health/Advance_Dir.html.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Deles copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a afiliados de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando al Departamento de salud de Ohio al 1-800-342-0553 o envíe un email a HCComplaints@odh.ohio.gov.

Usted tiene el derecho: Uso de directivas anticipadas para determinar su voluntad acerca de su atención médica

Muchas personas hoy en día se preocupan por la atención médica que obtendrían si están demasiado enfermas para dar a conocer su voluntad.

Algunas personas pueden no querer pasar meses o años en terapia intensiva. Otras pueden querer que se tomen todas las medidas que se puedan para prolongarles la vida.

Usted puede indicar su voluntad respecto de la atención médica por escrito, mientras que está sano y en condiciones de elegir. Su centro de atención de la salud debe explicarle su derecho a expresar su voluntad sobre la atención médica. También debe preguntar si puede manifestar dicha voluntad por escrito.

Esta información explica sus derechos bajo la ley de Ohio respecto de aceptar o rechazar la atención médica. Le ayudará a elegir su propia atención médica. Dicha información también explica cómo puede indicar su voluntad acerca de la atención que usted quiere, si usted no puede elegir por sí mismo. Esta información no cuenta con asesoramiento legal, pero le ayudará a entender sus derechos según la ley.

¿Qué derecho tengo a elegir la atención médica?

Tiene el derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea cierto tipo de atención, tiene derecho a contarle a su médico que usted no la quiere.

¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué pasa si no puedo expresar mis deseos?

La mayoría de las personas puede manifestar su voluntad respecto de su atención médica a sus médicos. Sin embargo, algunas personas se enferman demasiado como para manifestarles a sus médicos qué tipo de atención desean. De conformidad con la ley de Ohio, usted tiene derecho a llenar un formulario, mientras usted sea capaz de actuar por sí



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

mismo. El formulario les informa a sus médicos lo que desea que se haga si usted no puede manifestarlo.

¿Qué tipos de formularios existen?

Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes o directivas anticipadas que puede usar. Puede utilizar un Testamento vital, una Declaración para Tratamiento de Salud Mental, un Poder duradero para atención médica o una Orden de no reanimar (*Do Not Resuscitate* o *DNR*). Complete una directiva anticipada, mientras sea capaz de actuar por sí mismo. La directiva anticipada le permite a su médico y a otros saber su voluntad sobre la atención médica.

¿Tengo que llenar una directiva anticipada antes de obtener atención médica?

No. Nadie puede obligarle a completar una directiva anticipada. Usted decide si desea completarla.

¿Quién puede completar una directiva anticipada?

Cualquier persona de 18 años, o más, que esté en su sano juicio y pueda tomar sus propias decisiones puede completar una directiva anticipada.

¿Necesito un abogado?

No, usted no necesita un abogado para completar una directiva anticipada.

¿Las personas que me brindan la atención médica tienen que cumplir mis deseos?

Sí, si su voluntad cumple con la ley estatal. No obstante, la ley de Ohio incluye una cláusula de conciencia. Una persona que brinda atención médica puede no ser capaz de cumplir su voluntad, dado que van en contra de su conciencia. De ser así, le ayudarán a encontrar a una persona que haga cumplir su voluntad.

Testamento vital

Un Testamento vital establece el tiempo que desea usar métodos de soporte vital para prolongar su vida. Esto sólo tiene efecto cuando usted se encuentra:

- En un estado de coma que no se espera que se revierta, O
- Más allá de la ayuda médica, sin esperanzas de mejora y no puede expresar sus deseos, O



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Se espera que muera y no puede expresar sus deseos.

Las personas que le prestan atención médica deben hacer lo que usted expresa en su Testamento vital. Un Testamento vital les da el derecho a cumplir sus deseos. Sólo usted puede cambiar o cancelar su Testamento vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de no reanimar

Una Orden DNR es una directiva emitida por un médico o, bajo ciertas situaciones, un/una enfermero/a profesional certificado/a o un/una enfermero/a especialista clínico/a, que identifica a una persona y especifica que la Reanimación cardiopulmonar (CPR) no se deben suministrar a la persona que así se identifica. En Ohio, hay dos tipos de Orden DNR: en inglés, (1) *DNR Comfort Care*, and (2) *Comfort Care – Arrest*. Debería hablar con su médico acerca de las opciones de DNR.

Poder duradero

Un Poder duradero para atención médica es diferente de otros tipos de poderes. Esta información se trata sólo de un Poder duradero para atención médica, no se trata de otro tipo de poderes. Un Poder duradero para atención médica le permite elegir a una persona para llevar a cabo su voluntad en cuanto a su atención médica. La persona actúa por usted en el caso en que usted no pueda actuar por sí mismo. Esto podría ser por un periodo corto o prolongado.

¿A quién elijo?

Usted puede elegir a cualquier familiar o amigo adulto en quien confíe para que actúe por usted cuando usted no pueda actuar por sí mismo. Asegúrese de hablar con la persona acerca de sus deseos. Luego, escriba en su formulario lo que desea o no. Debería además hablar con su doctor acerca de lo que desea. La persona a quien elija debe seguir sus deseos.

¿Cuándo entra en vigor mi Poder duradero para atención médica?

El formulario tiene efecto sólo cuando usted no puede elegir su atención por sí mismo, ya sea por un periodo corto o prolongado. El formulario le permite a su familiar o amigo suspender el soporte vital en las siguientes circunstancias:

- Si está en estado de coma que no se espera que se revierta, O
- Si se espera que muera.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Declaración para tratamiento de salud mental

Una Declaración para tratamiento de salud mental especifica mejor la atención de la salud mental. Permite que una persona, mientras sea capaz, nombre un apoderado para tomar decisiones en su nombre cuando él o ella ya no tenga la capacidad para tomar decisiones. Además, la declaración permite establecer ciertas voluntades respecto al tratamiento. La persona puede indicar preferencias en cuanto a la medicación y al tratamiento y las preferencias relativas a la admisión/retención en un centro.

¿Cuál es la diferencia entre un Poder duradero para atención médica y un Testamento vital?

Su Testamento vital explica, por escrito, el tipo de atención médica que usted desea si usted no pudiera expresar su voluntad. Su Poder duradero le permite elegir a una persona para que lleve a cabo su voluntad en cuanto a la atención médica cuando usted no pueda actuar por sí mismo.

Si tengo un Poder duradero para atención médica, ¿también necesito un Testamento vital?

Es posible que desee tener ambos. Cada uno aborda diferentes partes de su atención médica.

¿Puedo cambiar mi directiva anticipada?

Sí, puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento. Es una buena idea revisar sus directrices anticipadas periódicamente. Asegúrese de que éstas continúan manifestando su voluntad y que cubren todas las áreas.

Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no pueda?

La legislación de Ohio permite que su pariente más cercano elija su atención médica si se espera que usted morir y no puede actuar por sí mismo.

¿Dónde puedo obtener formularios de directivas anticipadas?

Muchas personas y los lugares que le proporcionan atención médica cuentan con formularios de directivas anticipadas. También puede obtenerlas del sitio web de Midwest Care Alliance en www.midwestcarealliance.org.

¿Qué hago con mis formularios una vez completados?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Debe entregar copias a su médico y centro de atención médica para incluirlo en su expediente médico. Dele uno a un familiar o amigo de confianza. Si ha elegido a una persona mediante un Poder duradero para atención médica, dele una copia a esa persona. Coloque una copia con sus documentos personales. Es posible que desee entregarle uno a su abogado o a algún afiliado del clero. Asegúrese de decirle a su familia o amigos acerca de lo que ha determinado. No deje estos formularios aparte y se olvide de ellos.

Donación de órganos y tejidos

Los habitantes de Ohio eligen si quieren que sus órganos y tejidos se donen a otras personas en caso de fallecimiento. Al hacer conocer esta preferencia, pueden asegurar que su voluntad se lleve a cabo de manera inmediata y que sus familias y seres queridos no tendrán que cargar con el peso de tomar esa decisión en un momento que de por sí es difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de 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 un donante de órganos y de tejidos:

- (1) Al momento de obtener o de renovar su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de ID estatal, o
- (2) Puede registrarse en línea para donar órganos a través del sitio web de *Ohio Donor Registry* en www.donatelifehio.org.

J. Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

El Capítulo 9, Sección 3, página 161 dice qué puede hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja. Le enviaremos también un aviso sobre cuando puede hacer una apelación directamente ante la Oficina de audiencias del departamento de trabajo y servicios de familia de Ohio.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros afiliados hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Afiliados.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Usted es libre de ejercer todos sus derechos sabiendo que Buckeye, nuestra red de proveedores, Medicare, y el Departamento de Medicaid de Ohio no los usarán en su contra.

Si cree que le trataron injustamente y *no* se trata de discriminación por las razones indicadas en la página 128 puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados**.
- Puede **llamar la Línea de ayuda al consumidor de Medicaid de Ohio** al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede **llamar al Ombudsman de MyCare Ohio** a la Oficina del Ombudsman de cuidados a largo plazo del estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Lea el Capítulo 2, Sección H, página 26 para más información sobre esta organización.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados**.
- Puede **llamar la Línea de ayuda al consumidor de Medicaid de Ohio** al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
 - » Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar el documento "Sus Derechos y Protecciones en Medicare". (Vaya a <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - » O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede **llamar al Ombudsman de MyCare Ohio** a la Oficina del Ombudsman de cuidados a largo plazo del estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8:00 am a



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

5:00 pm. Lea el Capítulo 2, Sección H, página 26 para más información sobre esta organización.

K. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea el *Manual del afiliado* para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.**
 - » Para obtener detalles sobre sus servicios cubiertos, lea los Capítulos 3, Sección B, página 19, y Capítulo 4, Sección D, página 51. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
 - » Para obtener detalles sobre sus medicamentos cubiertos, lea los Capítulo 5, Introducción, página 96 y Capítulo 6, Sección C, página 116.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta que usted tenga.** Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios para Afiliados si usted tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.**
 - » Deles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - » Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - » Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable de pagar:
 - » Las cuotas de Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los afiliados de Buckeye, Medicaid pagará la cuota de su Parte A y la cuota de su Parte B. Si usted paga su cuota de Parte A y/o Parte B y piensa que Medicaid debería haberla pagado, puede contactarse con el Departamento de trabajo y servicios de familia del condado, para asistencia.
 - » Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar por el servicio o medicamento.
 - ➔ Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9, Sección 4, página 162 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios para Afiliados.
 - » **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo afiliado de nuestro plan.** El Capítulo 1, Sección D, página 6 le informa sobre cuál es nuestra área de servicio. Le ayudaremos a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de receta en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan allí. Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid sobre su nueva dirección. Lea el Capítulo 2, Sección F, página 23 y Sección G, página 25, y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - » **Si usted se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted. También debe avisarle a su Trabajador social del condado localizado en el Departamento de trabajo y servicios de familia local.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Afiliados.**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

L. Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces alguien tiene que pagar primero para los servicios que ofrecemos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el primer pagador.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué hay en este capítulo?

En este capítulo hay información sobre sus derechos para preguntar por una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja. Léalo para saber qué hacer, si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
- Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo, que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. Sin embargo, a veces es posible que tenga un problema cuando obtenga servicios, o puede estar descontento con la manera en que los servicios se prestaron o cómo le han tratado. Este capítulo explica las distintas opciones que usted tiene para atender los problemas y quejas sobre nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, los servicios que recibe y el pago de los servicios. **Usted también puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750) para que le ayude a resolver su problema.**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Contenido

¿Qué hay en este capítulo?.....	153
Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo	153
Sección 1: Introducción.....	157
Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema	157
Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?.....	157
Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda	158
Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda	158
Sección 3: Problemas con sus beneficios	161
Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja?	161
Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones	162
Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones	162
Sección 4.2: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?	163
Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)	165
Sección 5.1: Cuándo usar esta sección	165
Sección 5.2: Cómo pedir una decisión de cobertura.....	168
Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	171
Sección 5.4: Audiencias ante el estado para servicios cubiertos principalmente por Medicaid o por ambos Medicare y Medicaid	177
Sección 5.5: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	179



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 5.6: Problemas de pagos.....	182
Sección 6: Medicamentos de la Parte D.....	185
Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D.....	185
Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?.....	188
Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber para pedir una excepción.....	189
Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción ...	190
Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	194
Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	197
Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital.....	199
Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare.....	199
Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de salida del hospital.....	201
Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de salida del hospital.....	204
Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?.....	205
Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.....	207
Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	208
Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado.....	208
Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado.....	211
Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?.....	212
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	215
Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare.....	215
Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid.....	215
Sección 10: Cómo presentar una queja.....	216



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 10.1: Quejas internas	218
Sección 10.2: Quejas externas	220
Sección 10.3: Formulario de quejas y apelaciones.....	221



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 1: Introducción

Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión sobre cobertura” en lugar de “Determinación de la organización” o “Determinación sobre cobertura”
- “Decisión rápida sobre cobertura” en lugar de “Determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda

Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso. Para obtener ayuda, puede ponerse en contacto con cualquiera de los siguientes recursos.

Cómo obtener ayuda de Servicios para Afiliados de nuestro plan

Servicios para Afiliados puede ayudarle con cualquier problema o queja sobre sus cuidados de salud, medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo. Queremos ayudarle con problemas como: entender cuáles servicios están cubiertos; cómo obtener servicios; cómo encontrar un proveedor; qué hacer cuando le pidan que pague por un servicio; cómo pedir una decisión sobre cobertura o una apelación; o presentar una queja (también llamada un reclamo). Para contactarnos usted puede:

- Llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Visitar nuestro sitio web <http://mmp.buckeyehealthplan.com> para enviar una pregunta, queja o apelación.
- Llenar nuestro formulario de apelación/queja en la página 223 de este capítulo o llamar a Servicios para Afiliados y pedirles que le manden el formulario por correo.
- Escribir una carta haciendo su pregunta, problema, queja o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número localizado en el frente de la Tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye, y su dirección y número de teléfono. También debería enviarnos toda la información que ayude para explicar su problema.

Mándenos el formulario o carta a:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio. En la Línea directa pueden responder a sus preguntas y lo dirigirán al personal que le ayudará a comprender qué debe hacer sobre su problema. La línea directa no está vinculada ni con nosotros ni con cualquier compañía de seguros o plan de salud. Usted puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en <http://www.medicaid.ohio.gov>.

Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio

También puede obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio. El Ombudsman de MyCare Ohio ayuda a resolver problemas que usted pueda tener con nuestro plan. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. El Ombudsman de MyCare Ohio es una entidad independiente que aboga por usted y no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. También puede presentar una queja a través del internet en: <http://aging.ohio.gov/contact>. Los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Cómo obtener ayuda de otros recursos

También puede hablar con las siguientes personas sobre su problema y pedir que lo ayuden.

- Hable con su médico o con otro proveedor. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura. Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden presentar una Apelación de nivel 1 en su nombre.
 - » Si usted desea que su doctor u otro proveedor actúen en su nombre para una apelación por servicios cubiertos solamente por Medicaid o para pedir una



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Audiencia ante el estado con Medicaid, usted debe nombrarle como su representante, por escrito.

- Hable con un amigo o afiliado de su familia. Un amigo o un afiliado de su familia puede pedir una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja en su nombre si usted los nombra como “representante”.
 - » Si quiere que alguien sea su representante, llame a Servicios para Afiliados y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También puede obtener este formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/cms1696> o nuestro sitio web <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. El formulario le da permiso a la persona para actuar por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - » También vamos a aceptar una carta u otra forma apropiada para autorizar a su representante.
- Hable con un abogado. Usted puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio local de abogados (bar association) o de otro servicio de referencia. Si desea obtener información sobre ayuda legal gratuita, puede ponerse en contacto con su oficina local de ayuda legal o llamar a Servicios jurídicos de Ohio al número gratuito 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si desea que lo represente un abogado, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante. Por favor tenga en cuenta que, **no necesita que un abogado** pida una decisión de cobertura o presente una apelación o queja.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 3: Problemas con sus beneficios

Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja?

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En el siguiente cuadro podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura? (Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular, medicamentos de receta o servicios y respaldos a largo plazo están o no cubiertos y problemas relacionados con los pagos por artículos y servicios.)	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 4, “Decisiones sobre cobertura y apelaciones”, en la página 162.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema <u>no</u> es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 10: “Cómo presentar una queja”, en la página 216.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos que le han negado.

¿Qué es una decisión sobre cobertura?

Una *decisión sobre cobertura* es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros tomamos una decisión sobre cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos por usted y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión sobre cobertura antes que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su doctor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

¿Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones?

Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los recursos mencionados en la Sección 2.1, en la página 158.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 4.2: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted sólo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación:**

- **La Sección 5, en la página 165** le da información si tiene problemas para recibir cuidados o artículos médicos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - » No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
 - » No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
 - **NOTA:** Use la Sección 5, solamente por problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo DP no están cubiertos por la Parte D. Lea la Sección 6 en la página 185 para información sobre cómo presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
 - » Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
 - » Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
 - » Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF),** usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas 199 y 207.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **La Sección 6, en la página 185** le ofrece información si tiene problemas sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - » Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
 - » Quiere pedirnos que cancelemos los límites a la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
 - » Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - » No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
 - » Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró, así su pago puede ser devuelto. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión sobre cobertura de un pago.)
- **La Sección 7, en la página 199** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente interno, si usted cree que su doctor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - » Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que le den de alta del hospital demasiado pronto.
- **La Sección 8, en la página 207** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados o artículos médicos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud del comportamiento, artículos, y servicios y respaldos a largo plazo. También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que no estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo DP no están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección 6 para Apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección dice qué puede hacer si usted está en una de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de cuidado a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 168, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. Quiere que cubramos un beneficio que requiere una aprobación del plan (también llamada autorización previa) antes de que usted reciba el servicio.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 168, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

NOTA: Lea el *Cuadro de beneficios* en el Capítulo 4, Sección D para leer una lista de servicios cubiertos e información sobre cuáles servicios requieren una autorización previa de nuestro plan. Lea la *Lista de Medicamentos cubiertos* para ver cuáles son los medicamentos que requieren una autorización previa. También puede ver la lista de servicios y medicamentos que requieren una autorización previa en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

3. No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener información sobre cómo apelar.

4. No aprobamos su solicitud para recibir servicios de exención de un proveedor específico de la red, que no es un agente o un proveedor dirigido por el participante.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar su solicitud. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener información sobre cómo apelar.

5. Usted recibió servicios o artículos que usted creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

6. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para que le devuelvan lo que usted pagó.

Qué puede hacer: Usted puede pedir que nos pongamos de acuerdo con su proveedor para que le devuelva lo que usted pagó. Vaya a la Sección 5.6, en la página 182, para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura por cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o artículo. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si le decimos que los servicios o artículos, que aprobamos anteriormente, van a ser reducidos, suspendidos o interrumpidos antes de que usted reciba todos los servicios o artículos que se aprobaron, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios y artículos durante la apelación. Lea "*¿Continuarán mis beneficios durante la apelación de Nivel 1?*" en la página 176.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, en las páginas 199 y 207, para obtener más información.

8. No tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos que deberíamos tener.

Qué puede hacer: Puede presentar una queja o una apelación. Vaya a la Sección 10 en la página 218 para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener más información sobre cómo hacer una Apelación de nivel 1.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750)

9. No tomamos una decisión de una apelación dentro de los plazos que deberíamos tener.

Qué puede hacer: Puede presentar una queja. Vaya a la Sección 10, en la página 216 para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Además, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado, si todavía no lo ha hecho. Vaya a la Sección 5.4, en la página 177 para obtener más información sobre cómo pedir una Audiencia con el estado. Tenga en cuenta que si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, transferiremos automáticamente su Apelación al nivel 2, si no le dimos una respuesta en el plazo establecido.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 5.2: Cómo pedir una decisión de cobertura

Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener un servicio, artículo o medicamento de Medicaid (vaya a la Sección 6 para medicamentos de Medicare de la Parte D)

Para pedir una decisión sobre cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico autorizado que nos pidan tomar una decisión.

- Llámenos al: 1-866-549-8289 TTY: 711
El horario de atención de Servicios para Afiliados es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil
- Envíenos un fax al: 1-866-704-3064
- Escríbanos a:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio
4349 Easton Way, Suite 400
Columbus, OH 43219

- ➔ Recuerde que debe llenar el formulario de Nombramiento de un representante, para designar a alguien como su representante autorizado. También vamos a aceptar una carta u otra forma apropiada para autorizar a su representante. Para más información, lea la Sección 2.1, en la página 158.

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Vamos a tomar una decisión de cobertura estándar para medicamentos de Medicaid dentro de las 72 horas después de pedirla.

Vamos a tomar una decisión de cobertura estándar para todos los otros servicios y artículos a más tardar en 14 días calendario después de pedirla. Si no le informamos de nuestra decisión en 14 días calendario, puede apelar.

- ➔ Usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta diciéndole que tenemos que tomar hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Puedo obtener una decisión sobre cobertura más rápida?

Sí. Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión sobre cobertura rápida”. Si aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión en 24 horas para medicamentos de Medicaid y en 72 horas para todos los otros servicios y artículos.

El término legal para “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación acelerada.”

➔ Excepto en el caso de decisiones de cobertura rápida para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta diciéndole que tenemos que tomar hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.

Cómo pedir una decisión sobre cobertura rápida:

- Si quiere pedir una decisión sobre cobertura rápida, empiece llamando o mandando un fax a nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o mandarnos un fax al 1-866-704-3064. Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección A, página 16. El horario de atención de Servicios para Afiliados es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil
- También puede pedirle a su médico o representante autorizado que nos llame.

Estas son las reglas para pedir una decisión sobre cobertura rápida:

Para obtener una decisión sobre cobertura rápida, usted debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente si* está pidiendo algún cuidado médico o artículo *que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con la devolución de un pago por cuidados médicos o un artículo que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente si* la fecha límite estándar podría *causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para*



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

desempeñarse. Las fechas límites estándar son 72 horas para los medicamentos de Medicaid y 14 días calendario para todos los otros servicios y artículos.

- ➔ **Si su médico determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.**
- ➔ Si usted nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos las fechas límites estándar para tomar nuestra decisión.
 - Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión sobre cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
 - La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de una decisión sobre cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 216.)

Si la decisión sobre cobertura es *Sí* ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Para decisiones de cobertura estándar, autorizaremos la cobertura en 72 horas para medicamentos de Medicaid y en 14 días calendario para todos los otros servicios y artículos. Para decisiones de cobertura rápida, autorizaremos la cobertura en 24 horas para medicamentos de Medicaid y en 72 horas para todos los otros servicios y artículos. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, vamos a autorizar la cobertura al final de este período de extensión.

Si la decisión de cobertura es *No*, ¿cuándo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta explicando nuestros motivos para responder que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si usted decide apelar la decisión sobre cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (Para más información, lea la sección siguiente).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Usted también tiene el derecho a pedir una Audiencia ante el estado si la decisión de cobertura era para un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicaid (Para más información, lea la Sección 5.4, en la página 177).

Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Usted también puede apelar si no tomamos la decisión de cobertura dentro de las fechas límites establecidas. Le enviaremos un aviso por escrito cada vez que tomemos una acción o dejemos de tomar una acción que usted puede apelar.

- ➔ **NOTA:** Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de los servicios que solamente cubre Medicaid, usted debe dar el nombre de él o ella, como su representante, por escrito. Para más información, lea "*¿Alguien más puede presentar la apelación en nombre mío?*" en la página 173.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750). El Ombudsman de MyCare Ohio no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con un plan de salud.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión sobre cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

➔ **NOTA:** Usted no tiene que apelar primero al plan por servicios o artículos que estén cubiertos principalmente por Medicaid o por ambos, Medicare y Medicaid. Usted puede apelar ante el plan, la Oficina de audiencias del estado, o ambos. Le enviaremos un aviso sobre su derecho a apelar ante la Oficina de audiencias del estado cuando los servicios o artículos estén cubiertos principalmente por Medicaid o por ambos, Medicare y Medicaid. Lea abajo para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante el plan, y vaya a la Sección 5.4, en la página 177 para información sobre cómo presentar una apelación ante la Oficina de audiencias del estado.

¿Cómo presento una Apelación de nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debe comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil, o escribirnos a la siguiente dirección:

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. Usted también puede llamarnos para apelar.

- Pida **a más tardar en 90 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
 - Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.
- ➔ Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

Si decide escribirnos, puede elaborar su propia carta o puede utilizar el formulario de apelación/quejas de la página 223. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número ubicado en el frente de la Tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye y su dirección y número de teléfono. También debería incluir toda la información que ayude a explicar su problema.

- Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2, Sección A, página 16.
- Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Alguien más puede presentar la apelación en nombre mío?

Sí. Su médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden solicitar la apelación en su nombre. También, alguna otra persona puede solicitar la apelación en su nombre, pero primero usted deberá completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios para Afiliados o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. También aceptamos una carta u otro formulario adecuado para autorizar a su representante.

- ➔ Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted o su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar su apelación. Para los servicios cubiertos solamente por Medicaid, si quiere que su médico, otro proveedor o alguien más actúe en su nombre, debemos recibir su autorización por escrito.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Usted deberá presentar una apelación a más tardar 90 días después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión.

Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

➔ **NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente cambiará o será interrumpido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. Para más información, lea "*¿Continuarán mis beneficios durante la Apelación de nivel 1?*" en la página 176.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia llamando a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

¿Mi médico puede darles más información para respaldar mi apelación?

Sí. Tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original sobre cobertura.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su médico.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación "estándar"?

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 15 días calendario después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad lo exige.

- Sin embargo, si usted o su proveedor nos piden más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 216.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (lea la Sección 5.5, en la página 179). Usted será notificado cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado, si todavía no lo ha hecho (lea la Sección 5.4, en la página 177).

Usted también puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación dentro del plazo requerido (lea la Sección 10, en la página 218).

- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio a más tardar en 15 días después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2 (lea la Sección 5.5, en la página 179). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le recordará que puede solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 177).

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en una apelación “rápida”?

Si usted presenta una apelación rápida, le dejaremos saber dentro de 72 horas a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria para decidir sobre su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad lo exige.

- Sin embargo, si usted o su proveedor nos piden más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
- Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 216.

- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (lea la Sección 5.5, en la página 179). Usted será notificado cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado, si todavía no lo ha hecho (lea la Sección 5.4, en la página 177).

Usted también puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación dentro del plazo requerido (lea la Sección 10, en la página 218).

- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2 (lea la Sección 5.5, en la página 179). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le recordará que puede solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 177).

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 1?

Sí, si usted cumple con ciertos requisitos. Si ya habíamos aprobado la cobertura para un servicio pero luego decidimos cambiarlo o interrumpirlo, antes de que el periodo de autorización haya terminado, le enviaremos un aviso por lo menos 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor que solicitaron el servicio, deben **solicitar una apelación en o antes de la última de las siguientes** opciones para continuar recibiendo el servicio durante el proceso de apelación:

- Dentro de los 15 días calendario siguientes a la fecha del envío de nuestro aviso de acción **o**
- La fecha en la que la acción será implementada.

Si necesita seguir recibiendo beneficios, usted puede seguir recibiendo el servicio hasta que pase uno de los siguientes: 1) usted retira su apelación; 2) pasan 15 días calendario



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

después de que le avisamos que nuestra respuesta a su apelación es **No**; o 3) se vence la autorización o recibe todos los servicios que habían sido aprobados.

➔ **NOTA:** A veces usted podría seguir recibiendo sus beneficios incluso si decimos que **No** a su apelación. Si su servicio está cubierto por Medicaid y usted también pidió una Audiencia ante el estado, es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias del estado tome una decisión (lea la Sección 5.4, en la página 177). Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios continuarán durante el Nivel 2 del proceso de apelación (lea la Sección 5.5, en la página 179).

Sección 5.4: Audiencias ante el estado para servicios cubiertos principalmente por Medicaid o por ambos Medicare y Medicaid

Debe leer esta sección si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura sobre un servicio o artículo que está cubierto principalmente por Medicaid o por ambos, Medicare y Medicaid. Usted puede solicitar una Audiencia ante el estado además de, o en lugar de apelar a nuestro plan.

¿Qué es una Audiencia ante el estado?

Una Audiencia ante el estado es una reunión entre usted o su representante autorizado, nuestro plan, y un oficial de audiencias de la Oficina de Audiencias del estado, localizada dentro del Departamento de trabajo y servicios para la familia de Ohio (ODJFS). Usted explicará por qué piensa que nuestro plan no tomó la decisión correcta y nosotros explicaremos porque tomamos nuestra decisión. El oficial de audiencias escuchará ambas explicaciones y decidirá quién tiene razón, de acuerdo a la información proporcionada y las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar una Audiencia ante el estado. Si usted tiene una Exención con MyCare Ohio, es probable que usted tenga derecho a otras Audiencias ante el estado. Para más información, sobre sus derechos, refiérase a la sección de Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad en el *Manual del Afiliado*.

¿Cómo pido una Audiencia ante el estado?

Para pedir una Audiencia ante el estado, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Oficina de Audiencias del estado **dentro de los 90 días calendario** de recibir el aviso que explica su derecho a una Audiencia ante el estado. Los 90 días



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

calendario comienzan el día después de la fecha en que le enviamos el aviso. Si usted se pasa del plazo de 90 días calendario y tiene una buena razón por haberse pasado, es probable que la Oficina de Audiencias del estado le dé más tiempo para pedir una audiencia.

Acuérdese que no tiene que pedir una Apelación de nivel 1 antes de pedir una Audiencia ante el estado.

- ➔ **NOTA:** Si usted quiere que alguien actúe en su nombre, incluyendo su médico u otro proveedor, debe darle un aviso por escrito a la Oficina de audiencias del estado, diciendo que usted quiere que esa persona sea su representante autorizado.

Usted puede firmar y mandar el formulario de Audiencia ante el estado a la dirección o número de fax mencionado en el formulario, o envíe su solicitud por email a bsh@jfs.ohio.gov. También puede llamar a la Oficina de audiencias del estado al 1-866-635-3748.

¿Puedo obtener ayuda legal para mi Audiencia ante el estado?

Sí. Lea la Sección 2.1, en la página 158, para información sobre ayuda legal gratuita. Por favor recuerde que no necesita un abogado para pedir una Audiencia ante el estado.

¿Cuánto tiempo tarda la Audiencia para tomar una decisión?

Las decisiones de las Audiencias ante el estado se toman generalmente dentro de un máximo de 70 días calendario, después que la Oficina de audiencias del estado reciba su pedido. Sin embargo, si la Oficina de audiencias del estado acepta que este plazo podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar, la decisión se dará tan pronto como sea necesario, pero a más tardar en 3 días hábiles después que la Oficina de Audiencias del estado reciba su pedido.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

La oficina de Audiencias del estado le enviará la decisión de la audiencia por escrito, por correo.

- ➔ **Si la decisión de la audiencia es Sí (apoyando)** todo o parte de lo que usted pidió, la decisión explicará claramente lo que nuestro plan debe hacer para resolver el problema. Si usted no entiende la decisión o tiene preguntas sobre cómo obtener el servicio o que le devuelvan el pago, llame a Servicios para Afiliados para que lo ayuden.
- ➔ **Si la decisión de la audiencia es No (rechazando)** todo o parte de lo que usted pidió, significa que la Oficina de Audiencias del estado está de acuerdo con nuestro plan. La decisión de la Audiencia ante el estado explicará las razones por las que dijeron que **No**



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

y le dirán que usted tiene derecho a solicitar una apelación Administrativa. La Oficina de Audiencias del estado debe recibir su solicitud para una Apelación administrativa a más tardar en 15 días calendario siguientes a la fecha en que la decisión sobre la apelación fue hecha. Lea la Sección 9.2, en la página 215, para más información.

¿Continuarán mis beneficios durante una Audiencia ante el estado?

Sí, si cumple con ciertos requisitos. Si ya habíamos aprobado cobertura para un servicio pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio, antes de que el periodo de autorización haya terminado, le enviaremos un aviso por lo menos 15 días antes de tomar la medida. Usted o su representante autorizado deben pedir una **Audiencia ante el estado antes de la última de las siguientes** opciones para continuar recibiendo el servicio durante una Audiencia ante el estado:

- Dentro de los 15 días calendario siguientes a la fecha del envío de nuestro aviso de acción, o
- La fecha en la que la acción será implementada.

Si necesita seguir recibiendo beneficios, usted puede seguir recibiendo el servicio hasta que pase uno de lo siguiente: 1) usted retira la solicitud de una Audiencia ante el estado; 2) La Oficina de Audiencias del estado dice que **No** a su apelación; o 3) se vence la autorización o recibe todos los servicios que habían sido aprobados.

➔ **NOTA:** A veces usted podría seguir recibiendo sus beneficios, incluso si la Oficina de Audiencias del estado dice que **No** a su apelación. Si usted también pidió una apelación ante nuestro plan, es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios hasta que el plan tome una decisión (lea la Sección 5.3, en la página 171). Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios continuarán durante el Nivel 2 del proceso de apelación (lea la Sección 5.5, en la página 179).

Sección 5.5: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que **No** en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

Si decimos que **No** a parte o toda su Apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo está cubierto principalmente por Medicare y/o Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al proceso de Apelaciones de nivel 2 con la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como termine la Apelación de nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicaid**, la carta le recordará que usted puede pedir una Audiencia ante el estado, si todavía no lo ha hecho. Recuerde que usted puede pedir una Audiencia ante el estado además de o en vez de apelar a nuestro plan. Lea la Sección 5.4, en la página 177 para más información sobre Audiencias ante el estado.
- Si su problema es sobre un servicio que podría ser **cubierto por Medicare y Medicaid juntos**, automáticamente enviaremos su caso al proceso de Apelaciones de nivel 2 a la IRE. La carta le recordará que usted puede pedir una Audiencia ante el estado, si todavía no lo ha hecho. Lea la Sección 5.4, en la página 177 para más información sobre Audiencias ante el estado.

¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es una segunda apelación sobre un servicio o artículo que está cubierto por Medicare o por ambos Medicare y Medicaid. La Apelación de nivel 2 es revisada por una organización independiente que no está vinculada con el plan.

¿Qué pasará en la Apelación de nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si ésta debe ser cambiada o no.

- Usted no tiene que pedir una Apelación de nivel 2. Automáticamente mandaremos cualquier decisión negativa (total o en parte) a la IRE. Le avisaremos cuando esto suceda.
 - La IRE es contratada por Medicare y no está vinculada con este plan.
 - Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- ➔ La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 dentro de 30 días calendario de la fecha en la que recibe su apelación. Esta regla se aplica si usted presentó su apelación antes de recibir servicios médicos o artículos.
- » Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pudiese beneficiarlo, pueden tomar hasta 14 días calendario adicionales para tomar una



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

decisión. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos en una carta.

- ➔ Si usted tuvo una “apelación rápida” de Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida de Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en 72 horas de la fecha en que recibió su apelación.
 - » Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pudiese beneficiarlo, puede tomarle hasta 14 días calendario más para tomar una decisión. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta.

¿Mis beneficios continuarán durante la Apelación de nivel 2?

Si ya habíamos aprobado la cobertura para un servicio pero luego decidimos cambiar o interrumpir, antes de que el periodo de autorización haya terminado, en algunos casos, usted puede pedir que continuemos sus beneficios durante la Apelación de Medicare de nivel 2.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto **únicamente por Medicare**, sus beneficios para recibir ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 2 presentado ante la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si su problema es sobre un servicio cubierto **por Medicare y Medicaid**, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la IRE.

Si necesita seguir recibiendo beneficios, usted puede seguir recibiendo el servicio hasta que pase uno de lo siguiente: 1) usted retira su apelación; 2) La IRE dice que **No** a su Apelación de nivel 2; o 3) se vence la autorización o recibe todos los servicios que habían sido aprobados.

- ➔ **NOTA:** Si su problema es sobre un servicio cubierto, principalmente, por ambos Medicare y Medicaid, en algunos casos usted podría seguir recibiendo sus beneficios incluso si la IRE dice que **No** a su apelación. Si usted también pidió una Audiencia de Medicaid ante el estado, es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias del estado tome una decisión (lea la Sección 5.4, en la página 177)

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

La Entidad de revisión independiente (IRE) le mandará una carta explicándole su decisión.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en una apelación estándar, debemos aprobarle la cobertura de cuidados médicos a más tardar en 72 horas o proporcionárselo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura médica o proporcionarle el servicio o artículo a más tardar en 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- ➔ Si la IRE responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

He apelado ante la Entidad de revisión independiente y la Oficina de Audiencias del estado para servicios cubiertos por Medicare y Medicaid juntos. ¿Qué pasa si ellos toman una decisión diferente?

Si una de las dos organizaciones (la Entidad de revisión independiente o la Oficina de Audiencias del estado) responde **Sí** a todo o parte de lo que usted pidió, le daremos el servicio aprobado o artículo que sea más similar a lo que usted pidió en la apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?

Usted puede apelar una vez más, sólo si el valor en dólares del servicio o artículo que desee reúne una cantidad mínima. La carta que recibirá de la Entidad de revisión independiente (IRE) le explicará los derechos adicionales para apelar que usted puede tener.

Para más información sobre los niveles adicionales de apelación, lea la Sección 9, en la página 215.

Sección 5.6: Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Si un proveedor le factura por algún cargo que nosotros no hayamos pagado, esto se llama "cobro de saldo". Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe alguna factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el médico o proveedor directamente para solucionar el problema. Es posible que le paguemos al proveedor para



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

que éste le pueda reembolsar el pago o que el proveedor acepte dejarle de cobrar por el servicio.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: *Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que tenga que pedir que lo ayudemos con el pago que hizo a un proveedor, o a pagar una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación que necesitamos para hacer el pago. El Capítulo 7 también tiene información que le ayudará a evitar problemas de pago en el futuro.

¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por un servicio o artículo?

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión sobre cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago.

O, si usted no ha pagado los servicios todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión sobre cobertura.

- Si el servicio o artículo *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

¿Y si decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección 5.3, en la página 171. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.
 - » Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
 - » Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación.”) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted podría apelar nuevamente sólo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere cumple con cierta cantidad mínima. Lea la Sección 9, en la página 215, para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.
- ➔ Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente son cubiertos por Medi-Cal, usted podrá solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 177).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde sólo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo DP. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo DP siguen el proceso de la **Sección 5**, en la página 165.

¿Puedo pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que tomemos, sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
 - » Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan
 - » Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
 - » **NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión sobre cobertura.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto es, pedir una decisión sobre cobertura sobre un pago que usted ya hizo. Recuerde, usted no debe tener que pagar por servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medicaid. Si usted se ve obligado a pagar el costo completo de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados para asistencia.

El término legal para una decisión sobre cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones sobre cobertura **y** cómo presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Use este cuadro para decidir en qué sección hay información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 188. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas 189 y 190.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión sobre cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 190.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?</p> <p>Puede pedirnos que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 190.</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?</p> <p>Puede apelar. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)</p> <p>Vaya a la Sección 6.5 en la página 194.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado podrán pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección C, página 103).
 - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - » Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - » Obtener una aprobación del plan antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa”.)
 - » Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “tratamiento progresivo”).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- » Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.

El término legal, que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es “excepción de formulario”.

Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber para pedir una excepción

Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado deberá presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico o de otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternos”. En general, *no* aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

Diremos Sí o No a su pedido de una excepción

- Si decimos **Sí** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos **No** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección 6.5, en la página 194, le dice cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

Qué hacer

- Pida el tipo de decisión sobre cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

Lea la Sección 2, en la página 158 para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.

- ➔ Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.

En resumen: Cómo pedir una decisión sobre cobertura por un medicamento de la Parte D o por un pago

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión sobre cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
 - Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 121 de este manual. El Capítulo 7 dice cómo llamar a Servicios para Afiliados y enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le cubramos el medicamento.
- Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.

Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión sobre cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión sobre cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
 - » Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si está pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró.)
 - » Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si usando las fechas límite estándar podríamos *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse*.
 - » Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión sobre cobertura rápida” tomaremos una decisión sobre cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

Si usted nos pide tomar una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión sobre cobertura rápida.

Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para darle una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas. Se lo diremos en una carta. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 218.

El término legal para “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, en 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de un profesional autorizado apoyando su pedido. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud nos exige hacerlo.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o de un profesional autorizado respaldando su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de un profesional autorizado. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente analizará su pedido.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o de un profesional autorizado.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” para el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a la farmacia a más tardar en 14 días calendario. La farmacia le devolverá su dinero.
 - ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si nos pide una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos para apelar al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario**, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Haga su solicitud **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
 - Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
- ➔ ¡Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión sobre cobertura de los medicamentos de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

- » Si quiere, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión sobre cobertura rápida” incluidos en la Sección 6.4, en la página 190.

El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación”.

Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos para ver que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No**. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico o con otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
 - Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No**.

Fechas límite para una “apelación estándar”



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario después de recibir su apelación o antes si su salud lo exige. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión Independiente revisará su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió:
- » Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación.
 - » Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a la farmacia a más tardar en 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. La farmacia le devolverá su dinero.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, enviaremos automáticamente a ellos su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si quiere que una Entidad de revisión independiente revise su caso, debe apelar por escrito.

- Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
- Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de Parte D es “reconsideración.”

Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida,” deberá responder a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si usted tiene que presentar una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) deberá responder a su Apelación de nivel 2, a más tardar en 7 días calendario después de que reciba su apelación.
 - » Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos, a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
 - » Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a la farmacia a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión. La farmacia le devolverá su dinero.

¿Y si la Entidad de revisión independiente responde No a su Apelación de nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si usted quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que pidió, deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE con la decisión de su Apelación de nivel 2 le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el *Mensaje importante* se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que podría haberle dicho su médico o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También podrá ver el aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

- ➔ Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números anotados arriba.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente interno, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la Apelación de nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada para usted.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación sobre el cambio de su fecha de salida, llame a KEPRO al **1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776)**.

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos* encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad.

- Si llama antes de salir del hospital, se le permitirá quedarse *después* de la fecha de su salida *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el mejoramiento de la calidad.
 - Si usted *no llama* para apelar y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.
- ➔ Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4, en la página 205.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776) y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

Pida una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización para el mejoramiento de la calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué pasará durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es “Aviso detallado de su salida”. Podrá obtener una muestra llamando a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver una muestra del aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

¿Y si la respuesta es **Sí**?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Y si la respuesta es **No**?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente interno terminará al mediodía del día *después* que la Organización para el mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por su estadía continua en el hospital. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para el mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de salida del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2, **a más tardar en 60 días calendario**, después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a su Apelación de nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776).

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán, cuidadosamente, otra vez toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776) y pida otra revisión.

¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibí desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente interno todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucederá si la respuesta es No?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Esto significa que la Organización para el mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida

Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar Apelaciones en nivel 1 y nivel 2, llamada apelaciones alternas. *Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Apelación alterna de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple con todas las reglas.
- Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí a su revisión rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.

En resumen: Cómo hacer una Apelación alterna de nivel 1

Llame a Servicios para Afiliados y pida una “revisión rápida” de la fecha de su salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- **Si respondemos *No* a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente interno terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
 - » Si permaneció en el hospital *después* de la fecha programada para su salida, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
- ➔ Enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente” para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación alterna de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 216 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará por qué dijimos que **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si la IRE responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar nuestra cobertura para sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.

En la carta que recibirá de la IRE se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección es *sólo* sobre los siguientes tipos de cuidado *solamente cuando son cubiertos por Medicare*:

- Servicios de cuidado de salud en el hogar.
 - Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
 - Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobada por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
- ➔ Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.
- ➔ Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar por su cuidado*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama *Notificación de no cobertura de Medicare*.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir el cuidado.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar el costo de sus cuidados.

Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar a nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de comenzar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página 216 se explica cómo presentar una queja.)
- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. O, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Durante una Apelación de nivel 1, una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776). La información sobre como apelar ante la Organización para el mejoramiento de la calidad también se encuentra en la *Notificación de no cobertura de Medicare*. Este aviso es el que usted recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y pida una "apelación de vía rápida".

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

¿Qué debe pedirles?

Pídales una "apelación de vía rápida". Ésta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad *a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.*
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, lea la Sección 8.4, en la página 212.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

El término legal del aviso por escrito es “Notificación de no cobertura de Medicare”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Podrá ver una muestra de este aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/MAEDNotices.html>

¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Cuando presente una apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización para el mejoramiento de la calidad, explicando por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es “Notificación detallada de no cobertura”.

¿Qué sucederá si los revisores dicen **Sí**?

- Si los revisores dicen **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Qué sucederá si los revisores dicen **No**?

- Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, usted tendrá que pagar el costo total por este cuidado.

Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776). Pida la revisión de Nivel 2, **a más tardar en 60 días**, después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad dijo **No** a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776) y pida otra revisión.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- La Organización para el mejoramiento de la calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días después de recibir su pedido de apelación.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice *Sí*?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice *No*?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de apelar en el Nivel 1 y Nivel 2, esto es llamado Apelaciones alternas. Los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Apelación alterna de nivel 1 para continuar su cuidado más tiempo

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Esta es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Afiliados y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
- **Si respondemos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.

También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si respondemos No a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

- » Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

- ➔ Enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada.”

Apelación alterna de nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 218, se explica cómo presentar una queja.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE dice No** a su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.

En la carta que recibirá de la IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

The formal name for “Independent Review Organization” is “Independent Review Entity.” It is sometimes called the “IRE.”



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). Si quiere que un ALJ revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está pidiendo, debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted puede pedir que el ALJ revise su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el ALJ, puede dirigirse al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid

Si usted tuvo una Audiencia ante el estado por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de la Audiencia fue rechazada (no fue a su favor), usted tiene derecho a más apelaciones. El aviso con la decisión de la Audiencia ante el estado le explicará cómo solicitar una Apelación administrativa, enviando su solicitud a la Oficina de Audiencias del estado. La Oficina de Audiencias del estado debe recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario de la fecha en que la decisión de la audiencia fue hecha. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación administrativa, usted tiene derecho a apelar ante el tribunal de primera instancia del condado donde usted vive.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Si tiene preguntas o necesita asistencia con las Audiencias ante el estado o con Apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias del estado al 1-866-635-3748.

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

El proceso de quejas se usa *sólo* para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, recibir una factura y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es *confidencial*.

En resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante su plan o una queja externa ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que procesan quejas externas. Para encontrar más información, lea la Sección 10.2 en la página 220.

- ➔ Si necesita ayuda para presentar una queja o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).
-



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Quejas sobre el mal servicio al cliente

- Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de Buckeye lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones de la oficina de un doctor o de otro proveedor.
- Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Si los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud o Servicios para Afiliados y otros afiliados del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del proveedor no están limpios.

Quejas sobre el acceso lingüístico

- Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Quejas por haber recibido una factura

- Su médico o proveedor le envió una factura.

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o pagarle a un proveedor ciertos servicios médicos para que le devuelvan su dinero.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una “queja” es un “reclamo”.

El término legal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.

¿Hay tipos diferentes de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).**

Sección 10.1: Quejas internas

Llame a Servicios para Afiliados para presentar una queja interna al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Las quejas relativas a la Parte D deben presentarse **a más tardar en 60 días calendario** después de cuando tuvo el problema por el que se quiere quejar. Todas las demás quejas deben presentarse **a más tardar en 90 días calendario** después de cuando tuvo el problema por el que se quiere quejar.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios para Afiliados se lo informará.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla a nosotros. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito. También puede usar el formulario de la página 223 para presentar su queja. Envíe su queja a:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

- Respondemos a quejas acerca de atención médica dentro de 2 días hábiles. Repondemos cualquier otra queja dentro de 30 días calendarios. Si necesitamos reunir más información que le puede ayudar, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una "queja rápida". También puede presentar una queja rápida si rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida". Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas.
- La mejor manera de presentar una queja rápida es llamando a Servicios para Afiliados. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Si usted tiene una buena razón por haberse atrasado en presentar su queja, avísenos y consideraremos si extender el plazo para presentar una queja.

El término legal para "una queja rápida" es "reclamación acelerada".

Si es posible le responderemos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a las quejas sobre acceso al cuidado en 2 días hábiles. Responderemos el resto de las quejas en 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales (en total 44 días calendario) para responder a su queja. Le avisaremos por escrito si necesitamos más tiempo.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para darle una decisión de cobertura o de una apelación, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con toda su queja, le diremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.2: Quejas externas

Usted puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Usted puede informar a Medicaid sobre su queja

Puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede mandarnos su queja por e-mail a bmhc@medicaid.ohio.gov.

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos, si le parece que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Si quiere más información, también puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr>.

Usted también puede comunicarse con la Oficina local de derechos civiles en:



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Bureau of Civil Rights
Ohio Department of Job and Family Services
30 East Broad Street, 37th Floor
Columbus, Ohio 43215
1-866-227-6353 (TTY 1-866-221-6700)

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil, o a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para pedir ayuda.

Usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad

Si su queja es sobre *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad (*sin* presentarla a nosotros).
- O puede presentarnos su queja a nosotros **y** ante la Organización para el mejoramiento de la calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos activos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-855-408-8557 (TTY: 1-855-843-4776).

Sección 10.3: Formulario de quejas y apelaciones

Para presentar una queja o una apelación, puede comunicarse con Buckeye por teléfono, por correo o por fax. O puede usar el formulario de la siguiente página y enviárnoslo por fax o correo a:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Teléfono: 1-866-549-8289 (TTY: 711)
Fax: 1-866-704-3064

Usted no está obligado a usar este formulario para presentar una queja o apelación. Simplemente puede llamar a Servicios para Afiliados para reportar una queja o apelación. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Formulario de queja y apelación del afiliado

Nombre del afiliado: _____

ID de Medicare o número MMIS de Medicaid: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona presentando esta queja o apelación: _____

Número(s) de teléfono: Casa: _____ Celular : _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Condado: _____

Si no es el afiliado, por favor señale su relación al afiliado* (elija uno por favor):

Padre Tutor legal Esposo/Esposa Médico
 Otro _____

*Si no es el afiliado, deberá presentar prueba de tutela legal, poder de representación o un formulario de Designación de representante (en inglés, Appointment of Representative o AOR). Puede encontrar el formulario AOR en nuestro sitio web.

¿Cuál es su queja o apelación?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Está usted presentando una apelación expedita o rápida? ____ SÍ ____ NO

Esto significa que siente que el usar las fechas límites estándares podría causarle daños serios a su vida o su salud o poner en riesgo su habilidad para recuperar funcionamiento máximo.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) le dará una decisión dentro de los siguientes plazos después de haber recibido su solicitud:

- Apelación pre-servicio médico estándar: 15 días calendarios
- Apelación estándar relacionada a medicamentos recetados: 7 días calendarios
- Apelación pre-servicio médico expedita: 72 horas
- Apelación expedita relacionada a medicamentos recetados: 72 horas

Si necesitamos más información y el retraso es para su beneficio, o si usted solicita más tiempo, tenemos hasta 14 días calendarios adicionales. Le avisaremos a usted o a su representante por escrito si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión.

Si usted está solicitando una apelación expedita o rápida, explique a continuación por qué necesita una decisión rápida para su apelación:

Si usted está apelando debido a la negación de algún servicio o medicamento, ¿qué le fue negado? (Por favor, adjunte una copia de la carta de negación.) ¿Por qué cree que debería recibir este servicio o medicamento, o pago por este servicio o medicamento?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

¿Cómo puede Buckeye Community Health Plan – MyCare Ohio resolver su problema?

¡Gracias por darnos la oportunidad de resolver su queja o apelación!



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro Plan MyCare Ohio

Contenido

Introducción	227
A. ¿Cuándo puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan MyCare Ohio?.....	227
B. ¿Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro plan?.....	228
C. ¿Cómo inscribirse en otro plan de MyCare Ohio?	228
D. Si no quiere participar en un plan diferente de MyCare Ohio, ¿Cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid?	229
Cómo recibirá servicios de Medicare	229
Cómo recibirá los servicios de Medicaid	231
E. Usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que su participación cambie o termine	231
F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación	232
G. Nosotros <i>no podemos</i> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud	233
H. Usted tiene derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan.....	233
I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en su plan?	233



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan. Usted puede cambiar su participación en nuestro plan eligiendo recibir los servicios de Medicare por separado (usted se quedará en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Usted puede terminar su participación en nuestro plan, eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio.

A. ¿Cuándo puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan MyCare Ohio?

Usted puede pedir cambiar o terminar su participación en Buckeye en cualquier momento.

Si usted cambia su participación en nuestro plan eligiendo recibir los servicios de Medicare por separado:

- Usted seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que recibimos su solicitud. Su cobertura nueva de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 18 de enero usted solicitó no tener más Medicare a través de nuestro plan, su cobertura nueva de Medicare comenzará el 1º de febrero.

Si usted termina su participación en nuestro plan eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio:

- Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio, antes de los últimos cinco días del mes, su participación terminará el último día de ese mes. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 18 de enero usted solicitó cambiar de plan, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1º de febrero.
- Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio en uno de los últimos cinco días del mes, su participación terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 30 de enero usted solicitó cambiar de plan, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1º de marzo.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Éstas son algunas maneras más de obtener información sobre cuándo usted puede cambiar o terminar su participación:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

B. ¿Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro plan?

Si decide cambiar o terminar su participación:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1; O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando termine su participación en nuestro plan en el cuadro de la página 229-230.

Lea la Sección A de arriba, página 227 para información sobre cuándo entrará en efecto su solicitud de cambiar o terminar su participación en nuestro plan.

C. ¿Cómo inscribirse en otro plan de MyCare Ohio?

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede inscribirse a otro plan de MyCare Ohio.

Para inscribirse en otro plan de MyCare Ohio:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio, antes de los últimos cinco días del mes, su cobertura con Buckeye terminará el último día de ese mes. Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio en uno de los últimos cinco días del mes, su cobertura con Buckeye terminará el último día del mes siguiente. Vea la Sección A de arriba, para información sobre cuándo puede cambiar o terminar su participación.

D. Si no quiere participar en un plan diferente de MyCare Ohio, ¿Cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid?

Si no quiere inscribirse en otro plan de MyCare Ohio, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid todavía estarán provistos a través de Buckeye.

Cómo recibirá servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan.

<p>1. Usted puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan de Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos de receta de Medicare</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el plan de salud nuevo solamente de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. <p>Su inscripción en Buckeye se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
---	--



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

<p>2. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede seleccionar un plan Parte D en ese momento.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. <p>Su inscripción en Buckeye se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos de receta y Medicare original.</p>
<p>3. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos de receta por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. <p>Su inscripción en Buckeye se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare original.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Cómo recibirá los servicios de Medicaid

Usted debe recibir sus beneficios de Medicare de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, aunque no quiera recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan de MyCare Ohio, aún así usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de Buckeye u otro plan de cuidados administrados de MyCare Ohio.

Si usted no se inscribe en un plan diferente de MyCare Ohio, usted permanecerá inscripto en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y sus cuidados de salud del comportamiento.

Cuando deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, usted recibirá una Tarjeta de identificación de afiliado nueva y un *Manual del afiliado* nuevo para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiar a un plan de MyCare Ohio diferente para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio, al 7-1-1.

E. Usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que su participación cambie o termine

Si usted cambia o termina su inscripción con Buckeye, tomará tiempo para que su nueva cobertura comience. Lea la página 227 para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
Normalmente, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red, incluyendo a través de servicios de farmacia de pedido por correo.

Si usted está hospitalizado el día en que cambie o termine su participación, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta. Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación

Estos son los casos en los que Medicare y Medicaid deberán terminar su participación en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare terminarán el último día del mes en que termine su Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted ya no es elegible para Medicaid o usted deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad para MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses o establece su residencia primaria fuera del estado de Ohio.
 - » Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va la cárcel o prisión por algún delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de receta.
- Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser afiliado de nuestro plan. Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para quedarse en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podemos pedirle a Medicare y a Medicaid que terminen su inscripción en nuestro plan por los siguientes motivos:

- Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros afiliados de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

- Si deja que alguien más use su Tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidados médicos.
 - » Si terminamos su participación por este motivo, Medicare y/o Medicaid podrían pedir que el Inspector general investigue su caso. También es posible un enjuiciamiento civil y/o penal.

G. Nosotros *no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud*

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, 7 días de la semana.

También debería llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

H. Usted tiene derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan

Si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una reclamación o queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Usted puede también leer en el Capítulo 9, Sección 10, página 218 la información sobre cómo presentar una queja.

I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en su plan?

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden terminar su participación, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de cuidados: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. (Capítulo 1, Sección C).

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Una persona que tiene Medicare y Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado. (Capítulo 1, Sección E).

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. Un afiliado de Medicare-Medicaid también se llama “beneficiario doblemente elegible”.

Agencia estatal de Medicaid: El Departamento de Medicaid de Ohio. (Capítulo 2, Sección G).

Apelación: Una manera de cuestionar nuestra acción si cree que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación. (Capítulo 9, Sección 4).

Área de servicio: Un área geográfica en la cual un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación según dónde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, por lo general también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su afiliación si se muda fuera del área de servicio. (Capítulo 1, Sección D).

Asistente de atención médica domiciliaria: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o una enfermera con licencia, como ayuda para el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia. (Capítulo 4, Sección D).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia médica. (Capítulo 3, Sección H).

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico. (Capítulo 4, Sección D).

Atención médica urgente: Atención que obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede obtener atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos. (Capítulo 3, Sección H).

Audiencia justa: Una oportunidad para que usted explique su problema a un representante del estado y para demostrar que una decisión que tomamos fue equivocada. (Capítulo 8, Sección J).

Autorización previa: Aprobación necesaria para poder obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están detallados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*. (Capítulo 3, Sección B).

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar medicamentos recetados de Medicare Parte D. A este programa de ayuda adicional también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. (Capítulo 6, Introducción).

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su afiliación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida). (Capítulo 10).

Centros de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería especializada con el personal y el equipo para entregar cuidado de enfermería y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados. (Capítulo 4, Sección D).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico. (Capítulo 4, Sección D).

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica. (Capítulo 4, Sección D).

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo puede comunicarse con los CMS. (Capítulo 2, Sección F).

Decisión de cobertura: Una decisión acerca de cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. (Capítulo 9, Sección 5.2).

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación como organización cuando este, o uno de sus proveedores, toma una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto tiene usted que pagar por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. (Capítulo 9, Sección 1.2).

Emergencia: Una condición médica que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera tan seria que si no recibe atención médica inmediata podría resultar en fallecimiento, pérdida de una extremidad o de una función de una parte del cuerpo, o daño a la función de una parte del cuerpo o, respecto a una mujer embarazada, la pondría en peligro a ella o a su hijo no nacido. Los síntomas médicos de una emergencia pueden ser dolor severo, dificultad al respirar o respiración descontrolada. (Capítulo 4, Sección D).

Equipo de cuidados: Un equipo de cuidados, liderado por un coordinador de cuidados, puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarle a obtener la atención que necesita. (Capítulo 1, Sección C).

Equipo médico duradero (DME): Algunos artículos que su médico ordena para que usted use en casa. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital. (Capítulo 4, Sección D).

Especialista: Un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. (Capítulo 3, Sección D).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Evaluación de la salud: Una revisión de su historial clínico y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro. (Capítulo 1, Sección F).

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. (Capítulo 5, Sección D).

Facturación del saldo: Una situación en la que un proveedor de la red (como un hospital o un médico) factura a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido del plan por servicios. No permitimos que los proveedores de la red le hagan “facturaciones de saldos” a usted. Ya que Buckeye paga los costos totales por sus servicios, usted no debería recibir ninguna factura de proveedores. Llame al Departamento de Servicios para Afiliados si recibe alguna factura que no entiende. (Capítulo 7, Sección A).

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas a afiliados de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si las hace surtir en una de las farmacias de nuestra red. (Capítulo 1, Sección J).

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones. (Capítulo 5, Sección A).

Hospicio: Un programa de cuidado y respaldo para ayudar a vivir cómodamente a las personas que tienen pronósticos médicos terminales. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Una persona que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio. Un equipo de profesionales y personas que dan cuidados, capacitados especialmente, dan cuidado integral a la persona, incluyendo cumplir con sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Buckeye debe darle una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica. (Capítulo 4, Sección D).

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: Un límite a la cantidad de medicamento que usted puede recibir. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos en cada receta. (Capítulo 5, Sección C).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos suele denominarse “formulario”. (Capítulo 1, Sección J).

Manual del afiliado e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos, cláusulas adicionales u otros documentos seleccionados de cobertura opcionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan. (Capítulo 1).

Mediador (Ombudsman): Una oficina en su estado que le ayuda si tiene problemas con nuestro plan. Los servicios del mediador son gratuitos. (Capítulo 2, Sección H).

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa dirigido por el estado que le ayuda a la gente con ingresos y recursos limitados a pagar sus servicios y respaldos de largo plazo y sus costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. Programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte Capítulo 2, Sección G, página 25 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado. (Capítulo 2, Sección G).

Medicamento necesario: Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o una residencia para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Ohio. (Capítulo 3, Sección B).

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que lo creó. Los medicamentos de marca registrada tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los mismos. Los medicamentos genéricos están hechos y son vendidos por otras compañías farmacéuticas. (Capítulo 5, Sección B).

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca registrada. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca. (Capítulo 5, Sección B).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. (Capítulo 5).

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D.”

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. (Capítulo 5).

Medicare: El programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades, y personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidado administrado (lea “Plan de salud”). (Capítulo 2, Sección F).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por cada servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Medicare Original está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos. Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original. (Capítulo 8, Sección H).

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, centro de cuidados paliativos y atención médica domiciliaria. (Capítulo 4).

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Parte B también cubre muchos servicios de exámenes de detección y preventivos. (Capítulo 4).

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre medicamentos recetados,



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

vacunas y algunos suministros que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. Buckeye incluye Medicare Parte D. (Capítulo 5).

Modelo de atención médica: El modelo estructurado e integrado utilizado por Buckeye para entregar servicios y asegurar que la atención médica sea coordinada apropiadamente entre proveedores, farmacias y nuestro equipo de coordinación de cuidados.

Nivel: Grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, marca, genérico, de venta libre).

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección E para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado. (Capítulo 2, Sección E).

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue ingresado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital. (Capítulo 4, Sección D).

Parte A: Consulte “Medicare Parte A.”

Parte B: Consulte “Medicare Parte B.”

Parte C: Consulte “Medicare Parte C.”

Parte D: Consulte “Medicare Parte D.”

Plan de cuidados: Un plan desarrollado por usted y su coordinador de cuidados el cual describe las necesidades médicas, sociales, funcionales y de salud conductual que tiene además de identificar metas y servicios para atender esas necesidades. (Capítulo 1, Sección G).

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de casos que le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que necesita. (Capítulo 1, Sección C).

Prótesis y ortóticos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, arneses para brazos, espalda y cuello; afiliados artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica o



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

intravenosa. (Capítulo 4, Sección D).

Proveedor de cuidado primario (PCP): Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre sus cuidados y derivarlo para verlos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3 para ver información acerca de cómo obtener atención de proveedores de cuidado primario. (Capítulo 3, Sección D).

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y respaldos a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros afiliados una suma adicional. Mientras usted es afiliado de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”. (Capítulo 1, Sección J).

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. El Capítulo 3, Sección D, **Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos**, explica los centros o proveedores fuera de la red. (Capítulo 3, Sección D).

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención médica o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su atención médica, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. (Capítulo 9, Sección 10).

Reclamo: Una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su atención médica. (Capítulo 9, Sección 10).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Residencia para ancianos o centro de enfermería: Un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar, pero que no necesiten estar en el hospital. (Capítulo 4, Sección D).

Servicios cubiertos: El término general que usamos para describir toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan. (Capítulo 4).

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. (Capítulo 4).

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe como ayuda para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación. (Capítulo 4, Sección D).

Servicios para Afiliados: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, **Números de teléfono y recursos importantes**, para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Afiliados. (Capítulo 2, Sección A).

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen exenciones de Cuidado a Largo Plazo y Servicios basados en la Comunidad y en el Hogar (HCBS). Exenciones de HCBS pueden ofrecer servicios que le ayudarán a permanecer en su hogar y su comunidad. (Capítulo 3, Sección E).

Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte “Ayuda adicional.”

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo. (Capítulo 5, Sección C).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Multi-language Interpreter Services

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Chinese Mandarin:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-549-8289 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese:

注意：如果您說英文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電1-866-549-8289（聽障專線：711）。

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-549-8289 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-549-8289 (ATS : 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-549-8289 (TTY: 711).

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-549-8289 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-549-8289 (телетайп: 711).

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 0967-983-668, (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-549-8289 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Português:

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-549-8289 (TTY: 711).

French Creole:

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Japanese:

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-549-8289 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Somali:

LA SOCO: Haddii aad ku hadasho Ingiriisi, adeegyada taageerada luqada, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa, Wac 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Nepali:

Wofg lbg'xf];M olb tkfO{F cÈ|hL af]Ng'x'G5 eg], efiff ;xof]u ;]jfx¿, lgz'Ns tkfO{Fsf nflu pknAw 5g\ . !-
^^_-%\$(-@*(df kmf]g ug{'xf];\ -l6l6jfO &!!_ .

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP) no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP):

- Brinda asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratis a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para afiliados de Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP) al 1-866-549-8289 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted considera que Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP) no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo llamando al número que aparece arriba e informando que necesita ayuda para presentar el reclamo; el Departamento de Servicios para afiliados de Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP) está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint

Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Servicios para afiliados de Buckeye Health Plan

LLAME AL: 1-866-549-8289

Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención de Servicios para afiliados es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

Servicios para afiliados también ofrece un servicio de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención de Servicios para afiliados es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

ESCRIBA A: 4349 Easton Way
Suite 400
Columbus, OH 43219

SITIO WEB: <http://mmp.buckeyehealthplan.com>

