

# ***Manual del miembro de Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (plan Medicare-Medicaid)***

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

## **Su cobertura de salud y medicamentos conforme a Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (plan Medicare-Medicaid)**

### **Introducción del *Manual del miembro***

En este manual, se detalla su cobertura conforme a Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (plan Medicare-Medicaid) hasta el 31 de diciembre de 2025. Se explican los servicios de atención de salud, la cobertura médica del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados, y los servicios del programa de exención de servicios en la comunidad y en el hogar (también llamados servicios y apoyo a largo plazo). Los servicios y el apoyo a largo plazo le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a un centro de convalecencia. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

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

OH5CNCEOC60802S\_0001  
H0022\_001



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

- ❖ We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-866-549-8289 (TTY: 711). Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. Someone that speaks English/Language can help you. This is a free service.
- ❖ Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.
- ❖ 我們提供免費的口譯服務，為您解答您對我們的健康或藥物計劃可能存有的疑問。要獲得口譯員，致電 1-866-549-8289 (TTY: 711) 联系我们即可。我們的工作時間：周一至周五早上 8 点至晚上 8 点。非工作时间、周末和节假日请留言。我们将在下一个工作日内给您回电。会讲中文（普通话）的人员可以为您提供帮助。这项服务免费。
- ❖ 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-866-549-8289 (TTY : 711) 。服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。
- ❖ May mga libre kaming serbisyo sa pagsasalin para sagutin ang anumang posibleng tanong ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para makakuha ng tagasalin, tawagan lang kami sa 1-866-549-8289 (TTY: 711). Ang mga oras ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Sa mga oras na tapos na ang trabaho, kapag Sabado at Linggo, at tuwing mga holiday, posibleng hilingin sa inyo na mag-iwan ng mensahe. Tatawagan kayo sa susunod na araw na may pasok. May nagsasalita ng Tagalog na makakatulong sa inyo. Isa itong lib्रेng serbisyo.

---

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



- ❖ Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-866-549-8289 (TTY : 711). Les heures d'ouverture sont de 8 heures à 20 heures, du lundi au vendredi. En dehors des heures d'ouverture, les week-ends et les jours fériés, il peut vous être demandé de laisser un message. Vous serez rappelé le jour ouvrable suivant. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- ❖ Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được hỗ trợ thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-866-549-8289 (TTY: 711). Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m., từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ trả lời cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Nhân viên nói tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.
- ❖ Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-866-549-8289 (TTY: 711). Wir sind montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr erreichbar. An Wochenenden und an Feiertagen werden Sie möglicherweise aufgefordert, eine Nachricht zu hinterlassen. Wir rufen Sie am nächsten Werktag zurück. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.
- ❖ 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-866-549-8289(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 8시에 문의하십시오. 주말 및 주 또는 연방 공휴일에는 메시지를 남길 것을 요청할 수 있습니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

---

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



- ❖ Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-866-549-8289 (TTY: 711). Часы работы: с 8 а.м. до 8 р.м., с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.
- ❖ نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-866-549-8289 (TTY: 711) من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً. قد يُطلب منك ترك رسالة في عطلة نهاية الأسبوع وفي أيام الإجازات الرسمية وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية وهذه الخدمة مجانية.
- ❖ Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-866-549-8289 (TTY: 711) dalle 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì. Al di fuori di questi orari, nei fine settimana e nei giorni festivi potrebbe essere necessario lasciare un messaggio. La ricontatteremo entro il giorno lavorativo successivo. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.
- ❖ Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-549-8289 (TTY: 711). O horário é de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Se ligar fora deste horário, num fim de semana ou num feriado, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

---

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



- ❖ Nou gen sèvis tradiksyon nan bouch gratis pou reponn nenpòt kesyon ou gendwa vle poze konsènan sante w ak plan medikaman w lan. Pou jwenn yon entèprèt pou tradui pou w, annik rele nou nan 1-866-549-8289 (TTY: 711). Orè a se Lendi pou Vandredi, 8 a.m. jiska 8 p.m. Lè biwo yo fèmen, nan wikenn epi pandan jou ferye yo, yo gendwa mande w pou w kite yon mesaj. Y ap rele w nan landemen si biwo yo louvri. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen pral ede w. Sèvis sa a gratis.
- ❖ Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-866-549-8289 (TTY: 711) od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00. W weekendy i święta konieczne może być pozostawienie wiadomości. Oddzwonimy w następnym dniu roboczym. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.
- ❖ हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-866-549-8289 (TTY: 711) पर कॉल करें। सोमवार से शुक्रवार कार्य का समय सुबह 8 बजे से लेकर रात 8 बजे तक है। कार्य समय के अलावा, सप्ताहांत और राज्य या संघीय अवकाशों पर, आपसे संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। आपके कॉल का जवाब अगले व्यावसायिक दिन के अंदर दिया जाएगा। हिंदी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।
- ❖ 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-866-549-8289（TTY：711）にお電話ください。対応時間は月曜日～金曜日の午前8時～午後8時です。対応時間後、または週末および祝日はボイスメッセージを残してください。次の対応時間内に折り返しお電話いたします。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

---

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



- ❖ हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि प्लानका बारेमा तपाईंसँग हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभाषे सेवाहरू छन्। कुनै दोभाषे प्राप्त गर्न हामीलाई 1-866-549-8289 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्। सामान्य सेवाको समय सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म हो। सामान्य सेवाको समयपछि, सप्ताहान्तमा र बिदाका दिनहरूमा, तपाईंलाई सन्देश छोड्न लगाइन सक्छ। तपाईंलाई व्यवसाय खुल्ने अर्को दिनभित्र फिर्ता कल गरिने छ। नेपाली बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ। यो निःशुल्क सेवा हो।
- ❖ Waxaan bixinaa adeeg turjumaan oo bilaash ah oo ka jawaabaya su'aalo kasto oo aad qabtid oo ku saabsan qorshaheena caafimaadka iyo daawada. Si aad u heshid turjubaan naga soo wac 1-866-549-8289 (TTY: 711). Saacadaha adeeg bixinta waxay ka bilaabataa 8 subaxnimo ilaa 8 fiidnimo., Maalmaha isniin ilaa Jimco. Saacadaha adeeg bixinta kadib, sida maalmaha asbuuc dhamaadka (Sabti iyo Axad) iyo maalmaha fasaxa, waxaa lagaa codsan donaa inaad dhaaftid fariin. Wicitaankaada waxaa laga soo jawaabi doona maalinta xigta oo aay tahay maalin shaqo bixin. Qof ku hadlaayo Af-Soomaali ayaa ku caawini. Kani waa adeeg bilaash ah.
- ❖ Tuna huduma za mkalimani bila malipo ili kujibu maswali yoyote unayoweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya na dawa. Ili kupata mkalimani tupigie tu kwa 1-866-549-8289 (TTY: 711). Saa zetu za kazi ni kutoka saa 2 asubuhi hadi saa 2 usiku. Jumatatu hadi Ijumaa. Baada ya saa za kazi, wikendi na likizo, unaweza kuombwa kuacha ujumbe. Simu yako itajibiwa ndani ya siku inayofuata ya kazi. Mtu ambaye anazungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Hii ni huduma ya bila malipo.



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

- ❖ Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-866-549-8289 (TTY: 711). Ми працюємо з понеділка по п'ятницю з 8 а.м. до 8 р.м. У неробочі години, вихідні та святкові дні вас можуть попросити залишити повідомлення. Вам передзвонять наступного робочого дня. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.
- ❖ Turafise abasiguzi bo kwishura ibibazo ivyo ari vyo vyose ushobora kuba ufise vyerekeye amagara canke integuro y'imiti yacu. Kugira uronke umusiguzi urasabwa kutwakura kuri 1-866-549-8289 (TTY:711). Amasaha ni kuva saa 8 imbere ya saa sita gushika saa 8 inyuma ya saa sita, ku wa mbere gushika ku wa gatanu. Inyuma y'amasaha y'akazi, mu mpera z'indwi hamwe no mu makonji, urashobora gusabwa gusiga ubutumwa bugufi. Uguhamagara kwawe kuzokwimurirwa ku musi w'akazi ukurikira. Umuntu avuga ikirundi arashobora kugufasha. Iki gikorwa uzogikorera ku buntu.

❖ مورد د ژباړونکي وړيا خدمتونه لرو چې هرې پوښتنې ته ځواب ووايو کوم چې تاسو زموږ د روغتيا يا درملو پلان په اړه لرئ. د ژباړونکي ترلاسه کولو لپاره يوازې موږ سره په 1-866-549-8289 (TTY: 711) شميره اړيکه ونيسئ. ساعتونه د سهار له 8 بجو څخه د ماسپښين تر 8 بجو پورې دي، د دوشنبې څخه تر جمعې پورې. د ساعتونو وروسته، د اوونۍ په پاى کې او د حکومى رخصتو په جريان کې، تاسو څخه د پيغام د پريښودلو غوښتنه کيدى شي. ستاسو زنگ به په راتلونکې کاري ورځ کې بيرته ځواب شى. هغه څوک چې په پښتو خبرې کولى شي تاسو سره مرسته کولای شى. دا يو وړيا خدمت دى.

- ❖ ስለ ጤና ወይም መድሃኒት ዕቅዳችን ሊኖርዎት ስለሚችል ማንኛውም ጥያቄ መልስ ለመስጠት፣ ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎቶች አሉን። አስተርጓሚ ለማግኘት በ 1-866-549-8289 (TTY: 711) ይደውሉልን። ክፍት የሚሆነው ከሰኞ እስከ አርብ ከጠዋቱ 2 ሰዓት እስከ ምሽቱ 2 ሰዓት ነው። ከመሸ በኋላ፣ በሳምንቱ መጨረሻ ላይ እና በበዓል ቀናት ላይ መልዕክት እንዲተው ሊጠየቁ ይችላሉ። ጥሪዎ በመጨረሻ የስራ ቀኖች ውስጥ ተመላሽ ይሆናል። አማርኛ የሚናገር ሰው ሊረዳዎ ይችላል። ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።



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

❖ અમારા હેલ્થ અથવા ડ્રગ પ્લાન વિશે તમને હોઈ શકે તેવા કોઈ પણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયાની સેવાઓ રહેલી છે. દુભાષિયો મેળવવા માટે, બસ અમને 1-866-549-8289 (TTY: 711) પર કોલ કરો. કોલ કરવાનો સમય, સોમવારથી શુક્રવાર સુધી, સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રે 8 વાગ્યા સુધીનો છે. આ પછીના સમય પર, શનિ-રવિએ અને રજાઓ પર, તમને મેસેજ આપી રાખવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલ પર વળતો કોલ કામકાજના આગલા દિવસની અંદર કરવામાં આવશે. ગુજરાતી બોલતી કોઈ વ્યક્તિ તમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Esta información está disponible sin costo en español.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

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

Buckeye Health Plan quiere asegurarse de que comprenda la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en otros idiomas que no sean inglés o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

- Desea obtener sus materiales en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.  
O bien
- Quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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



**Manual del miembro de Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (plan Medicare-Medicaid) 2025****Índice**

Capítulo 1: Comenzar como miembro.....	11
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes .....	23
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos.....	34
Capítulo 4: Tabla de Beneficios .....	55
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan .....	107
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid.....	129
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos.....	138
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	143
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos).....	167
Capítulo 10: Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan MyCare Ohio .....	224
Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes .....	233

**Descargo de responsabilidad**

- ❖ Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarles beneficios de ambos planes a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de Buckeye Health Plan, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Manual del miembro* para obtener más información, incluida la distribución de costos que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura de Buckeye Health Plan es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida

---

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



de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS), [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) , para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



---

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

# Capítulo 1: Comenzar como miembro

---

## Introducción

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

## Índice

A. Bienvenido a Buckeye Health Plan.....	13
B. Información sobre Medicare y Medicaid .....	13
B1. Medicare.....	13
B2. Medicaid .....	13
C. Ventajas de este plan .....	14
D. Área de servicios de Buckeye Health Plan .....	15
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan.....	15
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez.....	16
G. Su plan de atención.....	17
H. Prima mensual de Buckeye Health Plan.....	17
I. <i>Manual del miembro</i> .....	17
J. Otra información importante que le enviaremos .....	18
J1. Tarjeta de identificación de miembro a Buckeye Health Plan .....	18
J2. Carta para nuevos miembros .....	19
J3. Directorio de Farmacias y Proveedores.....	19
J4. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	20
J5. Suplemento del <i>Manual del Miembro</i> o “Manual de Exención” .....	20

---

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



J6. *Explicación de beneficios* ..... 20

K. *Cómo mantener actualizado su registro de membresía* ..... 21

K1. *Privacidad de la información de salud personal(PHI)* ..... 22




---

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

---

## A. Bienvenido a Buckeye Health Plan

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

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

MyCare Ohio es un programa de demostración gestionado conjuntamente por el ODM y el Gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid. Bajo esta demostración, el Gobierno estatal y el federal desean probar nuevas formas de mejorar la forma en que obtiene sus servicios de atención de salud de Medicaid y Medicare.

---

## B. Información sobre Medicare y Medicaid

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

### B1. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con discapacidades y
- personas con insuficiencia renal (enfermedad del riñón) en etapa terminal.

### B2. Medicaid

Medicaid es un programa ejecutado por el Estado y el Gobierno federal que ayuda a las personas de recursos e ingresos limitados a pagar asistencia y servicios a largo plazo y a cubrir costos de medicamentos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién califica;

---

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



- qué servicios están cubiertos; **y**
- el costo de los servicios.

El estado puede decidir cómo ejecutar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio deben aprobar Buckeye Health Plan todos los años. Puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre y cuando:

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

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios Medicare y Medicaid no se verá afectada.

---

## C. Ventajas de este plan

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

Buckeye Health Plan lo ayudará a aprovechar al máximo sus beneficios de Medicare y Medicaid. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a armar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a que reciba la atención que necesita.
- Tendrá acceso a un administrador de atención. Esa es la persona que trabaja con usted, con Buckeye Health Plan y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Formará parte de su equipo de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su administrador de atención.
- El equipo de atención y el administrador de atención trabajarán con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades. El equipo de atención se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
  - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.

---

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



- Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se informen a todos sus médicos y otros proveedores.

---

## D. Área de servicios de Buckeye Health Plan

Buckeye Health Plan está disponible únicamente para las personas que vivan en nuestra área de servicios. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicios.

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

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

---

## E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- usted vive en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que viven en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella); **y**
- Tiene Medicare Part A, Part B y Part D.
- Tiene cobertura total de Medicaid.
- sea ciudadano estadounidense o presente legalmente en los Estados Unidos; **y**
- Tiene 18 años o más en el momento de la inscripción.

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

- Tiene otra cobertura de atención de salud acreditable.
- Tiene una discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo y obtiene servicios a través de una exención o en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.
- Está inscrito en el Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).

---

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



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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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



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

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

---

## G. Su plan de atención

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

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

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

---

## H. Prima mensual de Buckeye Health Plan

Buckeye Health Plan no tiene una prima mensual.

---

## I. Manual del miembro

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Ello significa que deben acatarse todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que van en contra de estas normas, usted puede apelar o impugnar nuestra medida. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D. También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede ver el *Manual del miembro* en [mmp.buckeyehealthplan.com/resources.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/resources.html) o bien descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Buckeye Health Plan, entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

---

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



## J. Otra información importante que le enviaremos

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

### J1. Tarjeta de identificación de miembro a Buckeye Health Plan

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

  		<p>In an emergency, call 9-1-1 or go to the nearest emergency room (ER) or other appropriate setting. If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice line.</p>	
<b>Member Name:</b> Cardholder Name <b>Member ID:</b> Cardholder ID# <b>MMIS Number:</b> Medicaid Recipient ID#	<b>RxBIN:</b> 610014 <b>RxPCN:</b> MEDDMCDOH <b>RxGRP:</b> 2FJA <b>RxID:</b> RxID	<b>Member Services:</b> 1-866-549-8289 (TTY: 711) <b>Eligibility Verification:</b> 1-866-246-4358 <b>Behavioral Health Crisis:</b> 1-866-549-8289 <b>Care Management:</b> 1-866-549-8289 <b>24-Hour Nurse Advice:</b> 1-866-549-8289	<b>Pharmacy Help Desk:</b> 1-833-750-0202 <b>Claim Inquiry:</b> 1-866-246-4358 <b>Pharmacy Prior Auth:</b> 1-800-867-6564
<b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b> Cost sharing/Copays: \$0 for covered medical and Rx services		<b>Website:</b> <a href="https://mmp.buckeyehealthplan.com">https://mmp.buckeyehealthplan.com</a> <b>Send claims to:</b> Medical Claims: Pharmacy Claims: Buckeye Health Plan Buckeye Health Plan PO Box 3060 Attn: Medicare Part D Farmington, MO 63640 Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577	
<b>PCP Name:</b> PCP Name <b>PCP Phone:</b> PCP Phone H0022 001			

Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios al Miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

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



## J2. Carta para nuevos miembros

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

## J3. Directorio de Farmacias y Proveedores

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

Para pedir un *Directorio de farmacias y proveedores* (en forma digital o en copia impresa), llame en cualquier momento a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de farmacias y proveedores se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles. También puede ver el *Directorio de farmacias y proveedores* en [mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html) o bien descargarlo desde este sitio web. Tanto los Servicios al Miembro como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

### Definición de proveedores de la red

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

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

Los proveedores de la red han aceptado recibir el pago completo desde nuestro plan por los servicios cubiertos.

---

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



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

#### **Definición de farmacias de la red**

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado surtir las recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan las pague. Si no se trata de una emergencia, puede pedirnos con anticipación que lo autoricemos a comprar en una farmacia fuera de la red.

#### **J4. Lista de medicamentos cubiertos**

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

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos *información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html).

O llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

#### **J5. Suplemento del *Manual del Miembro* o “Manual de Exención”**

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

#### **J6. Explicación de beneficios**

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

---

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



La Explicación de Beneficios le informa el monto total que nosotros, u otras personas en su nombre, hemos pagado por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D durante el mes. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, Sección A, se brinda más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede obtener una EOB cuando la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

---

## K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener su registro de membresía actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos. Llame:

- La Línea Directa 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 por teléfono al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 1-800-292-3572.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores y farmacias de la red incluidos en el plan deben contar con la información correcta acerca de usted **ya que utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de copago por medicamentos que le corresponden**. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener nuestra información actualizada.

Comuníquenos lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o la compensación del trabajador;
- la admisión en un hospital o un centro de convalecencia;
- si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted);
- si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga);

---

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



- Si tiene que consultar a un proveedor por una lesión o enfermedad que puede haber sido causada por otra persona o compañía. Por ejemplo, si sufre daños a raíz de un accidente automovilístico o una mordedura de perro, o si se resbala y se cae en una tienda, es posible que otra persona o compañía tengan que pagar sus gastos médicos. Cuando llame, necesitaremos el nombre de la persona o la compañía culpable y la información de las compañías de seguro o los abogados involucrados.

Si cambia algún dato, infórmenos llamando a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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

### **K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI)**

La información que aparece en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Si quiere obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección D.



---

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

## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

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

### Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan.....	24
A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro.....	24
B. Cómo comunicarse con el administrador de atención.....	27
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas.....	28
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras .....	28
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 horas .....	29
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento ..	29
E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	30
E1. Cuándo comunicarse con Livanta .....	30
F. Cómo comunicarse con Medicare .....	31
G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio .....	32
H. Cómo comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio .....	33

---

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



## A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan

<b>LLAME</b>	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<b>POR FAX</b>	1-866-719-5435
<b>POR CORREO</b>	<p>Buckeye Health Plan – MyCare Ohio</p> <p>4349 Easton Way, Suite 120</p> <p>Columbus, OH 43219</p> <p>Si nos envía una apelación o un reclamo, puede usar el formulario del Capítulo 9. También puede escribirnos una carta para contarnos sobre su inquietud, problema, reclamo o apelación.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mmp.buckeyehealthplan.com">mmp.buckeyehealthplan.com</a>

### A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro

- Preguntas acerca del plan
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación de proveedores
- Tarjetas de identificación (ID) de miembro
  - Infórmenos si no recibió su tarjeta de identificación de miembro o si la perdió.
- Búsqueda de proveedores de la red
  - Esto incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP).

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



- Obtención de servicios y apoyo a largo plazo
  - En algunos casos, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y sus necesidades básicas de la vida. Si el Departamento de Medicaid de Ohio y Buckeye Health Plan lo determinan necesario, usted puede recibir servicios de vida asistida, servicios domésticos, cuidado personal, comidas, equipo de adaptación, respuesta a emergencias y otros servicios.
- Ayuda para entender la información del *Manual del miembro*
- Recomendaciones sobre aspectos que usted considera que deberíamos cambiar
- Otra información sobre Buckeye Health Plan
  - Puede pedir más información sobre nuestro plan, incluida información relacionada con la estructura y la operación de Buckeye Health Plan y de cualquier plan de incentivo para médicos que tengamos.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud y los medicamentos
  - Una decisión de cobertura es una decisión relacionada con lo siguiente:
    - sus beneficios y los servicios y medicamentos cubiertos;
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud y medicamentos.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.
  - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Apelaciones relacionadas con su atención de salud y medicamentos
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si considera que cometimos un error.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Reclamos relacionados con su atención de salud y medicamentos
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. También puede hacer un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección E más abajo).

---

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



- Si el reclamo es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención de salud o medicamentos, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar un reclamo sobre Buckeye Health Plan directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
- Puede enviar un reclamo sobre Buckeye Health Plan directamente al Departamento de Medicaid de Ohio. Llame al 1-800-324-8680 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Consulte la Sección G para conocer otras maneras de comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio.
- Puede enviar un reclamo sobre Buckeye Health Plan a la Defensoría de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. La llamada es gratuita.
- Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- Pago por atención de salud o medicamentos que usted ya pagó
  - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos ayuda con un servicio que pagó, o bien para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
  - Si solicita que paguemos una factura y nosotros rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección E5.



---

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

## B. Cómo comunicarse con el administrador de atención

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

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

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



---

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

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

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

### C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre su atención de salud



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

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

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

<b>LLAME</b>	<p>1-866-549-8289. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. También puede llamar a su administrador de atención, al administrador de atención de salud del comportamiento o a la Línea para Casos de Crisis de la autoridad local de salud mental (por sus siglas en inglés, LMHA).</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

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

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento
- Preguntas sobre los servicios relacionados con el trastorno por consumo de sustancias



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

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

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

<b>LLAME</b>	1-888-524-9900.
<b>TTY</b>	1-888-985-8775 Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

### E1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Preguntas sobre su atención de salud
  - Puede hacer un reclamo sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
    - si está disconforme con la calidad de la atención,
    - si considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
    - si considera que su atención de salud en el hogar, su atención en centros de enfermería especializada o los servicios que recibe en centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

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



## F. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

<b>LLAME</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, centros de convalecencia, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y atención para pacientes terminales.</p> <p>Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

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



## G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio

Medicaid ayuda con los costos de los servicios médicos y los servicios de largo plazo y otras ayudas para las personas con reducidos ingresos y recursos. Medicaid de Ohio paga las primas de Medicare de determinadas personas y paga los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, excepto las recetas médicas. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo, como los del programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar, y los servicios de residencia asistida y la atención en un centro de convalecencia a largo plazo. También cubre los servicios de atención dental y oftalmológica.

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

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

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

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



## H. Cómo comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio

La Defensoría de MyCare Ohio actúa como defensor en su nombre. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. La Defensoría de MyCare Ohio también lo ayuda con las inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención. La ayuda está disponible para resolver disputas con proveedores, proteger sus derechos y presentar reclamos o apelaciones ante nuestro plan.

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

<b>LLAME</b>	1-800-282-1206. La llamada es gratuita.  La Defensoría de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
<b>TTY</b>	Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio: 1-800-750-0750. La llamada es gratuita.  Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 30 E Broad St, 22 <sup>nd</sup> Floor Columbus, OH 43215-3414
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman">www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman</a>  Puede presentar su reclamo en línea, en <a href="http://aging.ohio.gov/Contact">aging.ohio.gov/Contact</a> .

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



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

---

### Introducción

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

### Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores”, “proveedores de la red” y “farmacias de la red” .....	36
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	36
C. Información sobre el equipo de atención y el administrador de atención .....	38
C1. Qué es la administración de la atención .....	38
C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención .....	38
C3. Cómo se relacionará con el administrador de atención y el equipo de atención .....	38
C4. Cómo cambiar su administrador de atención .....	39
D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red .....	39
D1. Atención de un proveedor de atención primaria .....	39
D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red .....	41
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan .....	41
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red .....	42
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo .....	43

---

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



F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento.....	43
G. Cómo obtener servicios de transporte .....	44
G1. Cómo obtener servicios de transporte .....	44
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre.....	45
H1. Atención si tiene una emergencia médica.....	45
H2. Atención urgentemente necesaria .....	47
H3. Atención en caso de desastre.....	48
I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	49
I1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios.....	49
J. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	50
J1. Definición de estudio de investigación clínica .....	50
J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica.....	50
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica .....	51
K. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud .....	51
K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud.....	51
K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud .....	51
L. Equipo médico duradero (DME) .....	52
L1. Equipo médico duradero para el miembro de nuestro plan.....	52
L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	52
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan .....	53
L4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	53



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

---

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

Los servicios son la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se indican en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4, Sección D.

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

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

Las farmacias de la red son farmacias que han acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan directamente los medicamentos recetados que usted obtiene. Cuando usa una farmacia de la red, usted no paga nada por sus medicamentos que requieren receta médica. Consulte el Capítulo 6, Sección C3, para obtener más información.

---

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

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

En general, Buckeye Health Plan paga por la atención de salud y los servicios que obtiene usted si sigue las reglas del plan. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- Los cuidados que recibe deben ser **beneficios del plan**. Consulte el Capítulo 4, Sección D, para obtener información sobre los beneficios cubiertos, incluida la Tabla de beneficios del plan.
- Los cuidados deben ser **médicamente necesarios**. “Médicamente necesaria” significa que

---

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



usted necesita los servicios, los suministros o los medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.

- La atención que recibe debe tener autorización previa de Buckeye Health Plan cuando sea necesario. Para algunos servicios, su proveedor debe enviarle información a Buckeye Health Plan y solicitar la aprobación para que usted obtenga el servicio. Esto se denomina autorización previa (PA). Consulte la tabla en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información.
- Debe elegir un proveedor de la red como su **proveedor de atención primaria (PCP)** para que coordine su atención médica. Si bien no necesita aprobación (es decir, una remisión del médico) de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de ver a un médico especialista o luego de una visita a un departamento de emergencias o urgencias. Esto le permite a su PCP coordinar su atención para obtener los mejores resultados.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la Sección D1.
- **Debe recibir cuidado de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan (es decir, un proveedor fuera de la red). Estos son algunos casos donde esta regla no se aplica:
  - El plan cubre atención de emergencia o atención de urgencia necesaria obtenida de un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria, consulte la Sección H.
  - Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Debe obtener nuestra autorización previa antes de recibir atención del proveedor de la red. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno. Si quiere información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
  - Se cubren los servicios que usted recibió fuera de la red en centros de salud federalmente calificados, en clínicas de salud rurales y de proveedores de servicios de planificación familiar calificados, que se enumeran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
  - Si usted recibe servicios de exención de residencia asistida o servicios en un centro de enfermería a largo plazo de un proveedor fuera de la red el día que se inscribe en el plan o previamente, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.

---

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



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

---

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

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

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

### C1. Qué es la administración de la atención

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

### C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención

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

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

Nuestros administradores de atención y el equipo de atención trabajarán con usted para coordinar

---

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



sus necesidades de atención. Se encargan de garantizar que usted obtenga los mejores resultados en la atención de salud.

#### **C4. Cómo cambiar su administrador de atención**

Si quiere cambiar de administrador de atención, llame a Servicios al Miembro, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

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

### **D1. Atención de un proveedor de atención primaria**

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y administre su atención.

#### **Qué es un PCP y qué hace por usted**

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

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

- medicina familiar;
- medicina interna;
- Medicina general;
- obstetra (OB, por sus siglas en inglés) o ginecólogo (GYN, por sus siglas en inglés);
- Medicina geriátrica;
- Pediatras;
- Personal de enfermería con práctica médica (CNP) o asociado médico (PA) certificados;
- centro de salud federalmente calificado (por sus siglas en inglés, FQHC) o clínica de salud rural (por sus siglas en inglés, RHC).

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

- El PCP determina qué especialistas y hospitales lo atenderán porque están asociados con ciertos médicos especialistas y hospitales de nuestra red.
- Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a coordinar el resto de los

---

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



servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- radiografía;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas;
- admisión en un hospital; y
- atención de seguimiento.

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

Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores. En el Capítulo 8, Sección D, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal.

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

### **Su elección del PCP**

Puede elegir a cualquiera de los PCP de la red que se enumeran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Revise nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame a Servicios al Miembro para elegir su PCP. Puede comunicarse con Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### **Cómo cambiar de PCP**

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo. Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red en cualquier momento, hasta una vez por mes. Además, es posible que su PCP abandone la red de



---

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

nuestro plan. Si su proveedor deja nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP.

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Se le emitirá otra tarjeta de identificación en la que figure el nuevo PCP. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar con la atención después de salir de nuestra red. Para obtener detalles específicos, comuníquese con el plan.

## **D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red**

Un médico especialista es un médico que ofrece servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas son médicos que brindan cuidado a pacientes con ciertos problemas óseos, articulares o musculares.

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

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

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

## **D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan**

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

---

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



- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar uno nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si se ha atendido con ese proveedor dentro de los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado, quien continuará administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si actualmente está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad de las terapias o tratamientos médicamente necesarios.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un médico especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. En este caso, le daremos autorización previa para ver al proveedor de la red.
- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a hacer un reclamo. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros a fin de que podamos ayudarlo a buscar un proveedor nuevo y a administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

#### **D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

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

---

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



Un administrador de atención capacitado para entender la atención que usted recibiría de un médico especialista revisará todas las solicitudes de autorización previa. Además, tratará de determinar si los servicios necesarios están disponibles dentro de la red de médicos especialistas de Buckeye Health Plan.

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

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

- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted posiblemente deba pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

---

## E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo

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

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

---

## F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Hay servicios de salud del comportamiento disponibles para todos los miembros de Buckeye Health Plan. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describen en el Capítulo 4 están cubiertos a través de un proveedor de la red, con autorización previa. Si quiere obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de

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



beneficios en el Capítulo 4, Sección D, de este manual. Para obtener otros servicios de salud conductual, comuníquese con su administrador de atención o su PCP.

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

### G1. Cómo obtener servicios de transporte

- Número de teléfono para coordinar los servicios
  - Llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711) para programar el transporte. Si bien el horario de atención normal es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, siempre tenemos personal limitado disponible fuera del horario de atención y los fines de semana/feriados para atender las necesidades de transporte de urgencia de los miembros.
- Requisitos de notificación por adelantado
  - Las solicitudes de transporte que no sean de emergencia se deben realizar con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.
- Cobertura de transporte
  - Buckeye Health Plan ofrece transporte a todos los miembros (hombres, mujeres y niños) para todas las necesidades de transporte cubiertas por nuestro plan de beneficios.
  - Una muestra de viajes cubiertos por nuestro plan de beneficios incluye citas médicas, viajes a la farmacia y varios tipos de viajes “no médicos”, como citas de redeterminación, entrevistas laborales y viajes a la Autoridad de Vivienda. Además, ofrecemos a cada miembro diez viajes de ida por año a bancos de alimentos o tiendas de comestibles.
  - Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para obtener servicios de atención de salud cubiertos, Buckeye Health Plan le brindará el transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor.
- Tipo de transporte proporcionado
  - Los tipos de transporte que no es de emergencia incluyen camioneta equipada con silla de ruedas y taxi.
- Transporte de exención.
  - Para obtener información específica sobre los servicios de transporte de exención, llame a su administrador de servicios de exención.

---

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



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

---

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

### H1. Atención si tiene una emergencia médica

#### Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de la salud y medicina podrían esperar que tenga las siguientes consecuencias:

- Un riesgo grave para su salud o, si es mujer y está embarazada, la del niño por nacer; ○
- un daño grave a las funciones corporales; ○
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  - no hay tiempo suficiente para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto;
  - transferirla a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo no nacido.

#### Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias, al hospital más cercano o a otro entorno apropiado. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted no necesita obtener primero la aprobación ni una remisión del médico de su PCP o de Buckeye Health Plan. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- Asegúrese de informarle al proveedor que está afiliado a Buckeye Health Plan. Muéstrole al proveedor su tarjeta de identificación de miembro de Buckeye Health Plan.

---

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



- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos hacer un seguimiento de sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberían llamar para informarnos acerca de sus cuidados de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. Además, si el hospital lo admite como paciente internado, asegúrese de llamar a Buckeye Health Plan dentro de las 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia en caso de una demora en informarnos. Puede comunicarse con su administrador de atención llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

### **Servicios cubiertos en una emergencia médica**

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

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

Una vez que finalice la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurarse de recuperarse. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible. Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que necesita otra atención médica para tratar el problema que dio lugar a la emergencia, el proveedor debe llamar a su administrador de atención al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Si notifica a su administrador de atención, se asegurará de obtener la atención de seguimiento necesaria para estabilizar su condición o para evitar que vuelva a manifestarse. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

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

#### **Definición de emergencia de salud del comportamiento**

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

- intento de suicidio o daño autoinfligido grave;

---

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



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

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

**Si tiene una emergencia de vida o muerte, llame al 911.**

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

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud o la salud de su hijo por nacer estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, una vez que el médico indica que no fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional solo en los siguientes casos:

- Es atendido por un proveedor de la red o
- si el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado urgentemente necesario” y usted sigue las reglas para recibirlo. (Consulte la siguiente sección).

## **H2. Atención urgentemente necesaria**

### **Definición de atención urgentemente necesaria**

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevista.

### **Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra en el área de servicios del plan**

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado urgentemente necesario solo si cumple con estas condiciones:

- usted obtiene este cuidado de un proveedor de la red; y

---

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



- usted cumple las demás normas descriptas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, cubriremos la atención médica urgentemente necesaria que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios urgentemente necesarios, debe dirigirse al centro de atención de urgencia más cercano que esté abierto. Si busca atención de urgencia en nuestra área de servicios, debe consultar el *Directorio de farmacias y proveedores* para ver una lista de los centros de atención de urgencia en la red de su plan o visitar [mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html)

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

### **Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan**

Cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan, es posible que no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En este caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

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

### **H3. Atención en caso de desastre**

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

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web: [mmp.buckeyehealthplan.com/resources/disaster-local-emergency-coverage.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/resources/disaster-local-emergency-coverage.html).

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. En caso de que no pueda acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.

---

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



---

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

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

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

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

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

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

- sean médicamente necesarios; **y**
- se detallen en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D); **y**
- que usted reciba al cumplir las normas del plan.

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

Si desea saber si pagaremos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntar por escrito. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección D, explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También se indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información sobre el derecho de apelación.

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

---

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



---

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

### J1. Definición de estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted califica para participar en él. Usted puede permanecer en el estudio siempre que reúna las condiciones necesarias. Además debe comprender y aceptar lo que debe hacer durante el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa forma, continuará recibiendo servicios no relacionados con el estudio de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio no necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con el desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Ohio Medicaid no cubre los estudios de investigación clínica.

**Lo animamos a que nos informe antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica.** Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de atención deben comunicarse con Servicios al Miembro para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto para la mayoría de los productos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

---

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



- Habitación y comidas para una hospitalización que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones del nuevo tratamiento.

Si participa de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, deberá pagar los costos que implica esa participación.

Ohio Medicaid no cubre los estudios de investigación clínica.

### **J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica**

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

---

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

### **K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud**

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona el cuidado que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada es contrario a sus creencias religiosas, cubriremos los cuidados que reciba en una institución religiosa de este tipo.

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

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

Para recibir la asistencia de una institución religiosa de este tipo, debe firmar un documento legal que exprese que usted no desea recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- Un tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención que es voluntaria y no exigida por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención que no es voluntaria y se exija conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para tener la cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica

---

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



de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si los servicios que recibe de esta institución se prestan en un centro, se aplicará lo siguiente:
  - Usted debe tener un problema de salud que le permitiría acceder a servicios cubiertos de internación en un hospital o un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener la aprobación de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, la internación no estará cubierta.

Nuestro plan cubre la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante días ilimitados si el plan lo autoriza. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información.

---

## L. Equipo médico duradero (DME)

### L1. Equipo médico duradero (DME) para el miembro de nuestro plan

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

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre serán de su propiedad.

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

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame a Servicios al Miembro a fin de obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que necesita proporcionar.

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

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

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

---

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



**Nota:** Puede encontrar las definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o solicitarla al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

### L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para obtener equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

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

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

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **abandona nuestro plan y cambia a Original Medicare**, usted deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Los pagos del alquiler mensual cubren el equipo de oxígeno y los suministros, y los servicios mencionados anteriormente.

---

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



Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, sucederá lo siguiente:

- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años, en caso de que sea médicamente necesario.

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

- el proveedor ya no está obligado a proporcionarlo y usted puede optar por obtener un reemplazo del equipo de cualquier proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses;
- luego, el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- cada 5 años comienza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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



---

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

## Capítulo 4: Tabla de Beneficios

---

### Introducción

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

### Índice

A. Los servicios cubiertos .....	56
A1. Durante emergencias de salud pública .....	56
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios .....	57
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan .....	57
D. La Tabla de Beneficios .....	59
D1. Visitas preventivas .....	59
D2. Exámenes y servicios preventivos .....	60
D3. Otros servicios .....	65
E. Servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicios .....	104
F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye Health Plan .....	104
F1. Atención para pacientes enfermos terminales .....	104
G. Beneficios no cubiertos por Buckeye Health Plan, Medicare o Medicaid .....	105




---

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

---

## A. Los servicios cubiertos

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

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

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos o cómo acceder a ellos, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. O llame a su administrador de atención al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

### A1. Durante emergencias de salud pública

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

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

#### Prueba de la COVID-19

Puede buscar en línea los lugares donde se hacen pruebas para diagnosticar COVID-19 en [coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers\\_](http://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers_)

#### Vacunas contra la COVID-19

El Departamento de Salud de Ohio (por sus siglas en inglés, ODH) tiene una herramienta de búsqueda

---

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



## Beneficios

que puede usar para encontrar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio por condado y por código postal. Se muestran los proveedores que actualmente reciben vacunas contra COVID-19. Puede obtener información y ver los centros de vacunación en [vaccine.coronavirus.ohio.gov/](https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/) o por teléfono al número gratuito del ODH al 1-833-427-5634.

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

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

---

## B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

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

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

---

## C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

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

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

- Se deben brindar los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid según las normas establecidas por Medicare y el Departamento de Ohio Medicaid.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una

---

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



## Beneficios

condición médica, o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, o medicamentos cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina.

- Si Buckeye Health Plan determina que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado para actuar en su nombre pueden presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Además, algunos de los servicios detallados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red emiten por escrito una indicación o una receta médica para que usted obtenga el servicio. Si no está seguro de si un servicio requiere PA, comuníquese con Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/prior-auth-part-c.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/prior-auth-part-c.html).

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. La única excepción es cuando usted tiene que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de exención o recibidos en un centro de enfermería según lo determine el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado.



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

## D. La Tabla de Beneficios

### D1. Visitas preventivas

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Chequeo anual</b></p> <p>Esta visita sirve para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Los chequeos anuales se cubren una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> No puede hacer su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Se le cubrirán los controles anuales una vez que haya tenido la cobertura de la Parte B durante 12 meses. No es necesario que haya realizado primero la consulta de "Bienvenida a Medicare".</p>	Ninguna
<p><b>Visita “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>Si ha permanecido en Medicare Part B durante 12 meses o menos, puede obtener una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una revisión de su estado de salud,</li> <li>• educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes r inyecciones), <b>y</b></li> <li>• derivaciones para otras prestaciones en caso de que corresponda.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Chequeo para niños sanos (o Healthchek)</b></p> <p>Healthchek es un beneficio servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina (por sus siglas en inglés, EPSDT) de Ohio para los inscritos en Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, de la audición, nutricionales, del desarrollo y de salud mental. También incluye vacunas, educación sobre la salud y pruebas de laboratorio.</p>	Ninguna

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



**D2. Exámenes y servicios preventivos**

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Se cubre la ecografía para detección de aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo.</p>	Ninguna
<p><b>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</b></p> <p>Se cubren las evaluaciones del consumo indebido de alcohol para adultos. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener sesiones de orientación en persona proporcionadas por un proveedor de atención primaria o un médico.</p>	Ninguna
<p><b>Detección de cáncer de seno</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años;</li> <li>• una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante;</li> <li>• una mamografía para mujeres menores de 35 años que corren alto riesgo de cáncer de seno;</li> <li>• exámenes clínicos de senos anuales.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</b></p> <p>se cubren las visitas con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el proveedor puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• discutir el uso de aspirinas,</li> <li>• controlar su presión arterial, o</li> <li>• darle pautas para asegurarse de que esté alimentándose bien.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</b></p> <p>Se cubren los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan irregularidades debidas a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular.</p>	Ninguna

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



## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</b></p> <p>Se cubren los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.</p>	Ninguna
<p><b>Detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) en pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa en pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• Prueba multidiagnóstica de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia de diagnóstico.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	Ninguna



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan un alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de diagnóstico o sigmoidoscopia flexible de diagnóstico.</li> </ul> <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare.</p>	
<p><b>Orientación e intervenciones para dejar de fumar</b></p> <p>Se cubre la orientación y la intervención para dejar de fumar.</p>	Ninguna
<p><b>Detección de depresión</b></p> <p>Se cubre la detección de la depresión.</p>	Ninguna
<p><b>Detección de diabetes</b></p> <p>Se cubre la detección de la diabetes (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas).</p> <p>Recomendamos que hable con su proveedor sobre esta prueba si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes familiares de diabetes o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucemia).</p> <p>Puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	Ninguna
<p><b>Detección del HIV</b></p> <p>El plan cubre los exámenes de detección del HIV para las personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que presentan un mayor riesgo de infección por HIV.</p>	Ninguna

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Inmunizaciones</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas para niños menores de 21 años;</li> <li>• vacuna contra la neumonía;</li> <li>• vacunas contra la influenza/gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias;</li> <li>• vacunas contra la hepatitis B, si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B;</li> <li>• Vacunas contra la COVID-19;</li> <li>• otras vacunas si es una persona en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B o Medicaid;</li> <li>• otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará el examen de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene entre 50 y 77 años.</li> <li>• Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado.</li> <li>• Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después del primer examen, el plan pagará otro examen cada año con un pedido por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	Ninguna



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarte a aumentar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambio nutricional a largo plazo;</li> <li>• aumento de la actividad física;</li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</b></p> <p>Se cubre la orientación para ayudarlo a bajar de peso.</p>	Ninguna
<p><b>Detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen de tacto rectal;</li> <li>• prueba de antígeno específico de próstata (PSA).</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación</b></p> <p>Se cubren los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, entre otras, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan también cubre sesiones individuales de orientación del comportamiento de alta intensidad, en persona, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión dura entre 20 y 30 minutos.</p>	Ninguna



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

**D3. Otros servicios**

<b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>El plan cubre acupuntura para manejar el dolor de cabeza, la lumbalgia, el dolor en el cuello, la osteoartritis de cadera y de rodilla, las náuseas o los vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia, y el dolor posoperatorio agudo.</p> <p>Con el plan, también se pagarán hasta 12 consultas en 90 días por dolor lumbar crónico, definido como un dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● de una duración de 12 semanas o más;</li> <li>● no es específica (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no asociada con enfermedades infecciosas, inflamatorias o metastásicas);</li> <li>● no asociado con la cirugía; <b>y</b></li> <li>● no asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Con el plan, también se pagarán 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si se demuestra progreso. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura por año para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p> <p>Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios al Miembro.</p>	<p>Se requiere autorización para más de 30 consultas por acupuntura por año de beneficios.</p> <p>Es posible que se necesite <b>autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
<p><b>Servicios de ambulancia y de vehículo para silla de ruedas</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia por tierra y por aire (avión y helicóptero). La ambulancia le trasladará hasta el lugar más cercano donde pueda recibir atención.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave para que otras formas de traslado pongan en riesgo su vida o su salud o, si está embarazada, la vida o la salud de su bebé por nacer.</p> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>Es posible que se necesite <b>autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de ambulancia y de vehículo para silla de ruedas (continuación)</b></p> <p>En los casos que no son emergencias, los servicios de transporte en ambulancia o vehículo para silla de ruedas están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p>	
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluación y exámenes;</li> <li>• radiografías de diagnóstico;</li> <li>• ajustes a la columna para corregir la alineación.</li> </ul> <p>Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios al Miembro.</p>	Ninguna
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen bucal integral (uno por relación proveedor-paciente);</li> <li>• examen bucal periódico una vez cada 180 días para miembros menores de 21 años y una vez cada 365 días para miembros mayores de 21 años;</li> <li>• servicios preventivos, incluida la profilaxis, el fluoruro para miembros menores de 21 años, los selladores y los separadores;</li> <li>• diagnóstico por imágenes y radiografías de rutina;</li> <li>• servicios dentales integrales, incluidos los servicios de diagnóstico, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de prótesis maxilofacial, de implante, de ortodoncia y quirúrgicos que no son de rutina.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	Ninguna



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p>	
<p><b>Servicios para diabéticos</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capacitación para controlar la diabetes, en algunos casos</li> <li>● Suministros para controlar la glucemia, incluidos los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ monitores de glucemia y tiras reactivas;</li> <li>○ lanceteros y lancetas;</li> <li>○ soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.</li> </ul> </li> <li>● Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario;</li> <li>○ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos).</li> </ul> </li> </ul> <p>El plan también cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos hechos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a OneTouch cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa.</li> </ul>	<p>Es posible que se necesite <b>autorización previa (aprobación por adelantado)</b>. <b>Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

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



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención de emergencia (consulte también “atención médica urgentemente necesaria”)</b></p> <p>La atención de emergencia comprende los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>● necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o lesiones graves. La condición es tan grave que en caso de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un riesgo grave para su salud o, si es mujer y está embarazada, la del niño por nacer.</li> <li>● un daño grave a las funciones corporales; o</li> <li>● disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o</li> <li>● en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no hay tiempo suficiente para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto.</li> <li>○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud de la mujer o del niño por nacer.</li> </ul> </li> </ul> <p>En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana o a otro entorno apropiado.</p> <p>Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su PCP o sin costo a la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas. Su PCP o la Línea de Consultas de Enfermería pueden asesorarlo sobre lo que debe hacer.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta en Estados Unidos y sus territorios. Comuníquese con Servicios al Miembro para conocer los detalles.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes internados después de estabilizar su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante para la atención de hospitalización únicamente si el plan lo aprueba.</p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● examen de planificación familiar y tratamiento médico;</li> <li>● exámenes de laboratorio y diagnóstico en planificación familiar;</li> <li>● métodos de planificación familiar (píldoras, parches, anillo, IUD, inyecciones, implantes para control de natalidad);</li> <li>● suministros para la planificación familiar (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical);</li> <li>● asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados;</li> <li>● orientación y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), HIV/AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV;</li> <li>● tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI);</li> <li>● tratamiento para el AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV;</li> <li>● esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización; deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía).</li> <li>● detección, diagnóstico y asesoramiento para anomalías genéticas o trastornos metabólicos hereditarios;</li> <li>● tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada);</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Puede obtener servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado dentro o fuera de la red (por ejemplo, Planned Parenthood) enumerado en el <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>. También puede obtener servicios de planificación familiar de una enfermera partera certificada, un obstetra, un ginecólogo o un proveedor de atención primaria de la red.</p>	<p>Ninguna</p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Centros de salud federalmente calificados</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros de salud federalmente calificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visitas al consultorio para servicios de médicos de atención primaria y de médicos especialistas;</li> <li>• Servicios de fisioterapia;</li> <li>• servicios de patologías del habla y audiología;</li> <li>• servicios dentales;</li> <li>• servicios de podología;</li> <li>• servicios de optometría u óptica;</li> <li>• servicios quiroprácticos;</li> <li>• servicios de transporte;</li> <li>• servicios de salud mental.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Puede obtener servicios de un centro de salud federalmente calificado dentro o fuera de la red.</p>	<p><b>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
<p><b>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</b></p> <p><b>Tecnología de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en telefonía/web)</b></p> <p>El plan ofrece un portal para miembros en línea que proporciona características e información adicionales fuera del sitio web del plan.</p> <p><b>Línea de Consultas con Enfermeras</b></p> <p>Los sistemas de llamadas para asesoramiento médico, crisis de salud del comportamiento, asistencia para la administración de la atención y servicios de la Línea de Consultas con Enfermeras están disponibles en todo el país a través de la línea gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p><b>Beneficio de acondicionamiento físico</b></p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico le brinda una membresía de gimnasio básica en los centros participantes.</p> <p>Para obtener más información con respecto a las membresía en gimnasios, comuníquese con Servicios al Miembro.</p>	<p>Ninguna</p>

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



## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Suministros y servicios de audición</b></p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los exámenes auditivos y del equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado)</li> <li>● Audífonos, pilas y accesorios (incluida la reparación o el reemplazo) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los audífonos convencionales están cubiertos una vez cada 4 años.</li> <li>○ Los audífonos digitales/programables están cubiertos una vez cada 5 años.</li> <li>○ Ajuste y evaluaciones para audífonos.</li> </ul> </li> </ul> <p>Comuníquese con Servicios al Miembro a fin de obtener más información sobre su proveedor de atención de la audición.</p>	<p>Ninguna</p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención comunitarios y en el hogar</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios de exención comunitarios y en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios de salud diurnos para adultos;</li> <li>● servicio de comidas alternativo;</li> <li>● Servicios de residencia asistida;</li> <li>● opciones de asistentes de atención en el hogar;</li> <li>● Servicios de tareas domésticas;</li> <li>● transición comunitaria;</li> <li>● servicios mejorados para la vida en comunidad;</li> <li>● asistente de atención en el hogar;</li> <li>● comidas entregadas a domicilio;</li> <li>● servicios de equipo médico para el hogar y dispositivos auxiliares y de adaptación suplementarios;</li> <li>● modificaciones, mantenimiento y reparaciones en el hogar;</li> <li>● Servicios de ama de llaves;</li> <li>● asistencia para llevar una vida independiente;</li> <li>● consulta con un nutricionista;</li> <li>● servicios de relevo fuera del hogar;</li> <li>● servicios de asistente para el cuidado personal;</li> <li>● servicios personales de respuesta de emergencia;</li> <li>● control de plagas;</li> <li>● asesoramiento de un trabajador social;</li> <li>● servicios de enfermería de exención;</li> <li>● transporte de exención.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p><b>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p> <p>Estos servicios están disponibles únicamente si el Departamento de Medicaid de Ohio determina que usted necesita la atención a largo plazo.</p> <p>Es posible que tenga que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p> <p>Estos servicios requieren que califique para un programa de exención administrado por el estado y se inscriba en él.</p> <p>Los servicios de transición comunitaria se limitan a \$2,000 por período de exención de inscripción.</p>



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (continuación)</b></p>	<p>Equipo médico para el hogar y dispositivos auxiliares y de adaptación suplementarios: los servicios de dispositivos no excederán la suma total de \$10,000 dentro de un año calendario por persona.</p> <p>El servicio de modificaciones en el hogar tiene un límite de \$10,000 por cada año calendario.</p> <p>Servicios de mantenimiento del hogar y quehaceres domésticos: No excederán la suma total de \$10,000 dentro de un año calendario por persona.</p>
<p><b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de enfermería o asistente de salud a domicilio;</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>• atención de enfermería privada (también puede ser brindada por un proveedor independiente);</li> <li>• terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral;</li> <li>• servicios médicos y sociales;</li> <li>• equipo médico y suministros.</li> </ul>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p> <p>Las horas adicionales sobre los servicios del plan estatal de Medicaid de 14 horas por semana requieren autorización previa.</p>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como la terapia en que se administran medicamentos o sustancias biológicas por vena o se aplican debajo de la piel, y que se realiza en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el medicamento o la sustancia biológica, como antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>• el equipo, como una bomba;</li> <li>• suministros, como tubos o catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación de los miembros no incluidas en el beneficio de DME;</li> <li>• control a distancia;</li> <li>• servicios de control para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.</li> </ul>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
<p><b>Atención para pacientes enfermos terminales</b></p> <p>Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un Programa Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras recibe servicios para enfermos terminales:</p>	<p>Si quiere obtener servicios para enfermos terminales en un centro de enfermería, es posible que tenga que usar un centro de enfermería de la red. Además, puede tener que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de un centro de enfermería después de que se haya utilizado el beneficio para centros de enfermería de Medicare. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados</p>



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

## Beneficios

<ul style="list-style-type: none"> <li>● medicamentos para el tratamiento sintomático y del dolor;</li> <li>● cuidado de relevo de corto plazo;</li> <li>● cuidados domiciliarios.</li> <li>● atención en centros de enfermería.</li> </ul> <p><b>Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B se facturan a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por Buckeye Health Plan que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A través de Buckeye Health Plan, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. A menos que deba pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de un centro de enfermería, usted no paga estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D de Buckeye Health Plan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p>
--	---



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Cuidados de atención para pacientes terminales (continuación)</b></p> <p><b>Nota:</b> Excepto en casos de atención de emergencia o de urgencia, si necesita atención que no está relacionada con la atención de enfermos terminales, deberá llamar a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es atención para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre atención para pacientes terminales (por única vez) para un paciente con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de atención para pacientes terminales.</p>	
<p><b>Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente público o privado o en un hospital general <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para miembros de entre 22 y 64 años internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite de 190 días de por vida.</li> </ul> </li> <li>• Atención de desintoxicación para pacientes hospitalizados</li> </ul>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>

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



## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención de hospitalización</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria);</li> <li>● comidas, incluidas dietas especiales;</li> <li>● servicios de enfermería regular;</li> <li>● costos de unidades de atención especial, tales como unidades de cuidados intensivos o atención coronaria;</li> <li>● fármacos y medicamentos;</li> <li>● pruebas de laboratorio;</li> <li>● radiografías y otros servicios de radiología;</li> <li>● suministros quirúrgicos y médicos que se requieran;</li> <li>● artefactos, tales como sillas de ruedas para usar en el hospital;</li> <li>● servicios de quirófano y habitaciones de recuperación;</li> <li>● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>● servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados;</li> <li>● sangre, incluido su almacenamiento y administración;</li> <li>● servicios de médicos/proveedores.</li> <li>● en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tarifas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si Buckeye Health Plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar distante fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o cubriremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si existen servicios de trasplante disponibles en un centro local de trasplantes aprobado por Medicare, Buckeye Health Plan no cubrirá el transporte ni el alojamiento.</p>	
<p><b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura</b></p> <p>Si su internación no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, nosotros cubriremos ciertos servicios que reciba mientras usted se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada. El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios médicos;</li> <li>● exámenes de diagnóstico, como pruebas de laboratorio;</li> <li>● terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y suministros para los técnicos;</li> <li>● apósitos quirúrgicos;</li> <li>● férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	Ninguna



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente);</li> <li>○ reemplazan todo o parte de la función de un órgano interno que no funciona o que funciona de manera incorrecta.</li> </ul> </li> <li>● aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello, armaduras y ojos, brazos y piernas artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente</li> <li>● fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios y suministros para enfermedades renales</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial.</li> <li>• Capacitación en autodiálisis, incluida capacitación para usted y otras personas que lo ayuden con sus tratamientos de diálisis en el domicilio.</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</li> <li>• Determinados servicios de apoyo domiciliario, tales como las visitas necesarias por trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en el hogar, para ayudarlo en caso de emergencia, y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> El beneficio de medicamentos de Medicare Part B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B” en esta tabla.</p>	<p>Ninguna</p>



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubren tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de asesoría individual cada año.</p>	<p>Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden médica todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part B. Buckeye Health Plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de un centro de cirugía ambulatoria.</li> <li>● Insulina suministrada a través de un elemento de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria).</li> <li>● Otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>● El medicamento para el alzhéimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV).</li> <li>● Los factores de coagulación que se administra usted mismo con inyecciones, si tiene hemofilia.</li> <li>● Medicamentos inmunosupresores y para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.</li> <li>● Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos están cubiertos si usted está confinado en su hogar, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento</li> <li>● Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con la instrucción correspondiente (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

**Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)**

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utiliza como parte del régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, a las 48 horas o dentro de las 48 horas posteriores, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre.
- Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar.
- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia.</li> <li>● Nutrición parenteral y enteral (por vía IV y por sonda).</li> </ul> <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:  <a href="http://mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/resources.html">mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/resources.html</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, Sección A, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las normas que usted debe seguir para que se cubran sus recetas.</p> <p>En el Capítulo 6, Sección C3, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de salud mental y trastorno de abuso de sustancias en centros para el tratamiento de adicciones</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros para el tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● desintoxicación ambulatoria;</li> <li>● evaluación;</li> <li>● administración de casos;</li> <li>● asesoramiento;</li> <li>● intervención en crisis;</li> <li>● servicios intensivos para pacientes ambulatorios;</li> <li>● evaluación de consumo de drogas/alcohol o análisis de orina;</li> <li>● servicios médicos y para síntomas físicos;</li> <li>● administración de metadona;</li> <li>● medicamentos contra la adicción administrados en el consultorio, incluido el vivitrol y la inducción con buprenorfina.</li> </ul> <p>Si quiere obtener más información, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”.</p>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado)</b>  <b>Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

<p><b>Servicios para el tratamiento de salud mental y trastorno de abuso de sustancias en centros de salud mental comunitarios</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● evaluación de salud mental/evaluación psiquiátrica de diagnóstico;</li> <li>● Tratamiento Asertivo Comunitario (Assertive Community Treatment, ACT);</li> <li>● Tratamiento intensivo en el hogar (por sus siglas en inglés, IHBT);</li> <li>● Detección, intervención breve y remisión del médico a tratamiento (SBIRT);</li> <li>● pruebas psicológicas;</li> <li>● Servicios terapéuticos de comportamiento (por sus siglas en inglés, TBS);</li> <li>● rehabilitación psicosocial;</li> <li>● Servicios de tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario (por sus siglas en inglés, CPST);</li> <li>● asesoramiento y terapia;</li> <li>● intervención en crisis;</li> <li>● administración farmacológica;</li> <li>● determinados medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio;</li> <li>● hospitalización parcial para tratar el trastorno por consumo de sustancias.</li> </ul> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento del trastorno de abuso de sustancias activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia. Si quiere obtener más información, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”.</p>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
---	---



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

## Beneficios

<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● una habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria;</li> <li>● comidas, incluidas dietas especiales;</li> <li>● servicios de enfermería;</li> <li>● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>● medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, tales como factores de coagulación;</li> <li>● sangre, incluido su almacenamiento y administración;</li> <li>● suministros médicos y quirúrgicos utilizados en los centros de enfermería;</li> <li>● pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería;</li> <li>● radiografías y otros servicios de radiología realizados en los centros de enfermería;</li> <li>● equipo médico duradero, como sillas de ruedas, administrados generalmente por centros de enfermería;</li> <li>● servicios de médicos/proveedores.</li> </ul> <p>Por lo general, recibirá atención en los centros de la red. No obstante, usted podría recibir atención en un centro fuera de la red. Puede obtener atención en un centro de enfermería de Medicaid en el siguiente lugar si este acepta los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un centro de convalecencia o comunidad de retiro que ofrezca cuidados continuos donde usted vivía cuando se convirtió en miembro de Buckeye Health Plan.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>Es posible que tenga que pagar una responsabilidad del paciente por los costos de alojamiento y comida de los servicios en un centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p> <p>Tenga en cuenta que la responsabilidad del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p> <p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
---	--



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <p>Puede obtener atención en un centro de enfermería de Medicare en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un centro de convalecencia o comunidad de retiro que ofrezca cuidados continuos donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre que preste los cuidados de un centro de enfermería);</li> <li>● un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandone el hospital.</li> </ul>	
<p><b>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● actividades de ingesta;</li> <li>● evaluaciones periódicas;</li> <li>● medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos;</li> <li>● asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias;</li> <li>● terapia individual y grupal;</li> <li>● pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas).</li> </ul>	Ninguna



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un psiquiatra o médico con licencia para ejercer en el estado,</li> <li>• un psicólogo clínico,</li> <li>• un trabajador social clínico,</li> <li>• un especialista en enfermería clínica,</li> <li>• un asesor profesional con licencia (LPC);</li> <li>• un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT);</li> <li>• un profesional de enfermería (NP),</li> <li>• un asociado médico; o</li> <li>• cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</li> </ul> <p>Se cubren los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios clínicos y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios en un hospital general.</li> <li>• Servicios terapéuticos de comportamiento (por sus siglas en inglés, TBS).</li> <li>• Servicios de rehabilitación psicosocial.</li> </ul> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud del comportamiento (mental) que se proporciona como un servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud habilitado federalmente o una clínica de salud rural que brinde servicios más intensos que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intensos que la hospitalización parcial.</p>	<p>Ninguna</p>



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

<p><b>Servicios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Se cubren los servicios que usted obtenga en un entorno para pacientes ambulatorios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>A continuación, se incluyen ejemplos de servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita admisión en el hospital como "paciente hospitalizado".</li> <li>○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado un "paciente ambulatorio".</li> <li>○ Para saber en qué casos es considerado paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: <a href="http://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>.</li> </ul> </li> <li>● cirugía para pacientes ambulatorios y servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria;</li> <li>● quimioterapia;</li> <li>● exámenes de laboratorio y de diagnóstico (por ejemplo, análisis de orina);</li> <li>● atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento para pacientes hospitalizados;</li> <li>● diagnóstico por imágenes (por ejemplo, radiografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas);</li> <li>● terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para los técnicos;</li> <li>● sangre, incluido su almacenamiento y administración;</li> <li>● suministros médicos, tales como férulas y yesos;</li> <li>● exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de beneficios;</li> <li>● algunos medicamentos que no se puede administrar usted mismo.</li> </ul>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
--	---

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



Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio ambulatorio para trastorno por uso de sustancias, como psicoterapia, educación al paciente, exámenes preventivos y asesoramiento</li> </ul>	
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>El plan cubre artículos de venta libre limitados, disponibles a través de la compra por correo y en farmacias CVS de venta minorista seleccionadas, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Buckeye Health Plan para obtener más información.</p> <p>Los miembros pueden usar su beneficio de artículos OTC para comprar artículos OTC elegibles de ubicaciones participantes o del catálogo de artículos OTC para la entrega en su hogar. Los artículos cubiertos por el beneficio se limitan a los artículos que cumplen con las directrices de los CMS en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de atención administrada de Medicare. El valor del artículo adquirido se basa en el precio minorista cobrado por el vendedor, incluidos el impuesto a las ventas y el envío para compras por correo, según corresponda, y no se puede canjear por efectivo.</p>	<p>\$0</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$25 por mes calendario en artículos de venta libre (OTC) que son elegibles.</p> <p>Este beneficio para artículos de venta libre se limita a un pedido por mes calendario. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente mes calendario. Consulte el catálogo para conocer los límites para los artículos.</p> <p>Algunos artículos pueden tener un límite de cantidad y se indican en su catálogo. Los múltiplos de artículos individuales pueden ser limitados, por pedido. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede usar para pedir productos de venta libre para el miembro.</p>



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

Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o un centro de salud mental de la comunidad. La atención es más intensa que la que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar tener que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud del comportamiento (mental) que se proporciona como un servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud habilitado federalmente o una clínica de salud rural que brinde servicios más intensos que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensos que la hospitalización parcial.</p>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La atención de salud o los servicios quirúrgicos que se brindan en lugares como el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado o el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital</li> <li>● Consulta, diagnóstico, y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>● Ciertos servicios de telesalud, incluidos aquellos de atención primaria, de médicos especialistas y otros profesionales de atención de salud, y los servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, incluida la atención psiquiátrica <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio.</li> </ul> </li> <li>● Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro</li> <li>● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral</li> <li>● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>Ninguna</p>



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

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



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

## Beneficios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente.</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.</li> <li>● Atención dental no rutinaria; Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas,</li> <li>○ recolocación de huesos fracturados faciales o de la mandíbula,</li> <li>○ extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer neoplásico, o</li> <li>○ servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies, los músculos y los tendones de la pierna que controlan los pies, y lesiones superficiales de la mano que no estén asociadas con traumatismos;</li> <li>● cuidado rutinario de los pies para los miembros con condiciones que afectan las piernas, como la diabetes.</li> </ul>	Ninguna



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados</b></p> <p>Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Estas medidas incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos;</li> <li>• bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía;</li> <li>• marcapasos;</li> <li>• aparatos ortopédicos;</li> <li>• calzado protésico;</li> <li>• brazos y piernas artificiales;</li> <li>• prótesis mamarias (incluido sostén quirúrgico después de una mastectomía);</li> <li>• prótesis dentales.</li> </ul> <p>El plan también cubre algunos suministros relacionados con las prótesis y los dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de las prótesis y los dispositivos ortopédicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la remoción de cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de rehabilitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se cubren los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>○ Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</li> </ul> </li> <li>● Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se cubren los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y orientación para ciertas condiciones médicas.</li> <li>○ El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que suelen ser más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</li> </ul> </li> <li>● Servicios de rehabilitación pulmonar                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
<p><b>Clínicas de salud rurales</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios en clínicas de salud rurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● visitas al consultorio para servicios de médicos de atención primaria y de médicos especialistas;</li> <li>● psicólogo clínico;</li> <li>● trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales;</li> <li>● servicios de enfermería a domicilio en determinadas situaciones.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Puede obtener servicios de una clínica de salud rural dentro o fuera de la red.</p>	<p>Ninguna</p>



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

<p><b>Programa de servicios de recuperación especializados</b></p> <p>Si usted es un adulto al que se le ha diagnosticado una enfermedad mental grave y persistente y vive en la comunidad, posiblemente sea elegible para recibir los servicios de recuperación especializados (SRS) acordes a sus necesidades de recuperación. Se cubren los siguientes tres servicios si usted está inscrito en el programa de SRS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Administración de recuperación: Los administradores de recuperación trabajarán con usted para lograr lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ desarrollar un plan de atención centrado en la persona, que refleje sus objetivos personales y los resultados deseados;</li> <li>○ controlar con regularidad su plan a través de reuniones frecuentes; <b>y</b></li> <li>○ brindar información y remisiones del médico.</li> </ul> </li> <li>● Colocación y Apoyo Individualizados-Empleo Asistido (por sus siglas en inglés, IPS-SE): Los servicios de empleo asistido tienen las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ lo ayudan a encontrar empleo si está interesado en trabajar;</li> <li>○ evalúan sus intereses, habilidades y experiencia, y los relacionan con sus objetivos de empleo; <b>y</b></li> <li>○ brindan apoyo constante para ayudarlo a mantener el empleo.</li> </ul> </li> <li>● Apoyo de pares para la recuperación: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ las personas que brindan apoyo a sus pares para que se recuperen usan su propia experiencia relacionada con los trastornos de salud mental y el uso de sustancias a fin de ayudarlos a alcanzar sus objetivos de recuperación; <b>y</b></li> <li>○ los objetivos se incluyen en un plan de atención que usted diseña según sus preferencias y la disponibilidad de los servicios comunitarios y de apoyo.</li> </ul> </li> </ul> <p>La relación con los pares puede ayudarlo a enfocarse en estrategias y en el progreso hacia la autodeterminación, la autodefensa, el bienestar y la independencia.</p>	<p>Si está interesado en los SRS, se comunicará con un administrador de recuperación que comenzará la evaluación para determinar la elegibilidad. Para ello, entre otras cosas, analizará su diagnóstico y si necesita ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida cotidiana.</p> <p>Las personas deben cumplir criterios de elegibilidad financieros, clínicos, de necesidades y de riesgo especificados.</p> <p>Se aplican límites por servicio.</p>
--	--



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</b></p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET;</li> <li>• 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ser un conjunto de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento físico para PAD en los miembros con calambres en las piernas debido al poco torrente sanguíneo (claudicación);</li> <li>• realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico;</li> <li>• suministrarlo personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD;</li> <li>• estar bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado.</li> </ul>	<p>Ninguna</p>



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

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



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención urgentemente necesaria</b></p> <p>La atención de urgencia es atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lo que no sea una emergencia;</li> <li>• una enfermedad médica imprevista; o</li> <li>• una lesión; o</li> <li>• una condición que requiera de atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención urgentemente necesaria, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede consultar a proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista pero que no es una emergencia médica).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buckeye Health Plan cubre la atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.</li> </ul>	<p>Los servicios urgentemente necesarios están cubiertos únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Miembro para conocer los detalles.</p>



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

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un examen ocular integral, un marco completo y un par de lentes (lentes de contacto, si son médicamente necesarios) están cubiertos de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cada 12 meses para miembros menores de 21 años y mayores de 59 años; ●</li> <li>○ cada 24 meses para miembros de entre 21 y 59 años.</li> </ul> </li> <li>● Entrenamiento de la vista</li> <li>● Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, incluidos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes oculares anuales para detectar retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</li> <li>○ Un examen de detección de glaucoma por año para miembros menores de 20 años y mayores de 50 años, miembros con antecedentes familiares de glaucoma, miembros con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años.</li> <li>○ Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso cuando no hubiese recibido un par de anteojos después de la primera cirugía).</li> </ul> </li> </ul> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o si desea obtener más información, llame a Servicios al Miembro.</p>	<p>Ninguna</p>



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

---

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

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

---

## F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye Health Plan

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

### F1. Atención para pacientes enfermos terminales

Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar Programas de Atención para Pacientes Terminales certificados por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

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

### **Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que están relacionados con su enfermedad terminal:**

- El prestador de servicios de atención para pacientes terminales deberá facturar a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios para la atención de enfermos terminales relacionados a su pronóstico terminal. Usted no paga estos servicios.

### **Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal:**

- El proveedor facturará sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Part A o B. No debe pagar por estos servicios.

---

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



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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3.

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

---

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

En esta sección, se le indica qué tipos de beneficios se excluyen del plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los cubren.

En la siguiente tabla se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que se excluyen del plan solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este *Manual del miembro*), salvo en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.

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

- Los servicios considerados no "razonables y necesarios", de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en la lista de nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección J, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una sala privada en un hospital, excepto cuando es médicamente necesaria.

---

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



## Beneficios

- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como un teléfono o un televisor.
- Asistencia para la atención diaria de pacientes hospitalizados.
- Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios de mejoramiento (que incluyen la pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y para que quede en armonía con la otra mama.
- Atención quiropráctica diferente de la radiografía de diagnóstico y la manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación conforme a las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
- Aparatos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para quienes padezcan la condición del pie diabético.
- Servicios para tratar la infertilidad para hombres o mujeres.
- Esterilización voluntaria si tiene menos de 21 años o es legalmente incapaz de dar su consentimiento para el procedimiento.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en casos de violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para proteger la vida de la madre.
- Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a los veteranos en los centros de Veterans Affairs (VA).
- Servicios para encontrar causas de muerte (autopsia).

---

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



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

---

### Introducción

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

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

- Medicamentos cubiertos por Medicare Part A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Part B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una consulta con un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si quiere obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

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

El plan cubrirá por lo general sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla las normas de esta sección.

Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que expide recetas) que le emita una receta válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor.

El profesional que expide recetas no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare ni en ninguna lista de Medicaid.

Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta. También puede surtir su receta a través del servicio de compra por correo del plan.

El medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. (Consulte la Sección B de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

- Consulte el Capítulo 9, Sección F2, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por otros puntos de referencia médica.

Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C de este capítulo.

## Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas.....	110
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red .....	110
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta médica .....	110
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red con la misma receta médica .....	110
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red.....	110
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada .....	110
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos.....	111
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo .....	113
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan .....	113
B. La <i>Lista de medicamentos</i> del plan .....	114
B1. Medicamentos en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	114
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	115
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	116
B4. <i>Niveles de la Lista de medicamentos</i> .....	117
C. Límites de algunos medicamentos .....	117
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto .....	118

---

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



D1. Cómo obtener un suministro temporal .....	119
E. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	122
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	124
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan.....	124
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo .....	124
F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare.....	125
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos.....	125
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura ...	125
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....	126
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura .....	127



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

---

## A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

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

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

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

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

Para evitar cualquier problema, **siempre** muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta médica. Si no tiene su tarjeta de ID de miembro cuando surte su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

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

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

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

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

### A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia a la que usted acude abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red.

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

### A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

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

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de centros de cuidado a largo plazo, como los centros de convalecencia.
  - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red, o bien tiene problemas para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

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

#### **A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles para entrega por correo son medicamentos que usted toma en forma regular para un problema de salud crónico o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de la compra por correo del plan están señalados con “NM” en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite solicitar hasta un suministro de **100** días. Un suministro de **100** días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

#### **Cómo surtir recetas médicas por correo**

Para obtener formularios de compra e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los formularios también están disponibles en nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/mail-order-pharmacies.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/mail-order-pharmacies.html).

En general, obtendrá una receta médica de compra por correo dentro de los **10 o 14** días. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios al Miembro o a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede iniciar sesión en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx).

---

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



## Procesos de compra por correo

El servicio de correo tiene distintos procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente de su proveedor, y el resurtido de los medicamentos que pida por correo:

### 1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

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

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

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

- Usted haya utilizado servicios de compra por correo con este plan en el pasado o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención de salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted utilizó el servicio de compra por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que responda todas las veces que la farmacia le contacte, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

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



### 3. Volver a surtir recetas médicas de compra por correo

Para volver a surtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en el programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está cerca del momento en que se le terminará su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados en caso de que tenga medicamentos suficientes o en caso de que su medicamento haya cambiado.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de compras por correo, comuníquese con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, por favor asegúrese de informar a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted. Debe verificar su información de contacto cada vez que realice un pedido, en el momento de inscribirse en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

#### A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de *medicamentos de mantenimiento* a largo plazo en nuestra Lista de Medicamentos del plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma regular para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la Sección A6 anterior para obtener información sobre los servicios de compra por correo.

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

Por lo general, ofrecemos la cobertura si se surten los medicamentos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red

---

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



fuera del área de servicios en donde usted puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte con su administrador de atención o llame a Servicios al Miembro para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

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

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

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

Si no pudo acudir a una farmacia de la red y tuvo que pagar el medicamento recetado, consulte el Capítulo 7, Sección A.

---

## **B. La *Lista de medicamentos del plan***

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

Los medicamentos de esta *Lista de medicamentos* son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas que se explican en este capítulo.

### **B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos***

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta libre que están cubiertos por los beneficios de Medicaid.

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos. En la *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que los productos de marca o biológicos originales y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas que se explican en este capítulo.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Si quiere obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

## **B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos***

Para saber si un medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, haga lo siguiente:

- Consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html). La *Lista de medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com) o llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma condición.

---

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



### **B3. Medicamentos que no están en la *Lista de medicamentos***

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la *Lista de medicamentos* porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de medicamentos*.

Buckeye Health Plan no pagará por los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si a usted le recetan un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted cree que en su caso deberíamos pagar un medicamento excluido, puede presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5).

Las siguientes tres normas generales se aplican a los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Part A o Parte B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Part A o Part B están cubiertos por Buckeye Health Plan de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o debe estar respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor podría recetarle un determinado medicamento para tratar su condición, incluso cuando no hubiese sido aprobado para tal fin. Esto se denomina "uso fuera de la indicación". Nuestro plan por lo general no cubre medicamentos con prescripciones de uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Medicaid.

- medicamentos utilizados con fines cosméticos o para fortalecer el crecimiento capilar;
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®;
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso;
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la empresa que los fabrica indica que solo ellos pueden realizarle exámenes o prestarle servicios.

---

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



## B4. Niveles de la Lista de medicamentos

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

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (medicamentos recetados/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Ohio Medicaid.

Para saber a qué nivel pertenece su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

En el Capítulo 6, Sección C3, se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

---

## C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras reglas le ayudarán a obtener un medicamento que funciona para su condición médica y es seguro y eficaz.

Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de costo más bajo.

**Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos.** Por ejemplo, su proveedor deberá informarnos primero su diagnóstico o los resultados de un análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos una excepción. Queda a nuestra discreción permitirle utilizar el medicamento sin tomar las medidas adicionales o no.

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

### 1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión biosimilar genérica o intercambiable, respectivamente

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico original y suelen costar menos. En la mayoría de

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar sustituible ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma condición serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

## 2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben conseguir la aprobación de Buckeye Health Plan, según sus normas específicas, antes de surtir una receta. Esto se denomina "autorización previa" (PA). Si no obtiene la aprobación, es posible que Buckeye Health Plan no cubra el medicamento.

## 3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, el plan requiere que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igualmente eficaces que los de mayor costo) antes de cubrir los medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se utilizan para tratar la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso que el medicamento B, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no actúa adecuadamente para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina "terapia escalonada".

## 4. Aplicar límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que obtiene cada vez que adquiere sus fármacos recetados.

Para saber si alguna de estas normas se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o consulte nuestro sitio web: [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html).

---

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

Tratamos de lograr que la cobertura de medicamentos sea útil para usted, pero a veces es posible que algún medicamento no esté cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la *Lista de medicamentos*. Podría estar cubierta la versión genérica del medicamento, pero no la de nombre comercial que usted quiere llevar. El medicamento podría ser nuevo y nosotros podríamos no haber aún verificado su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas especiales o límites a su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, existen normas que limitan el uso de algunos de los medicamentos cubiertos por el plan. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que expide recetas quiera solicitar una excepción a una regla.

Hay cosas que sí puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea.

## D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la Lista de medicamentos o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de la obtención de un medicamento diferente o para solicitarle al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en la *Lista de medicamentos* del plan; o
- nunca estuvo en la *Lista de medicamentos* del plan; o
- está limitado ahora de alguna forma.

2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:

- Estuvo afiliado al plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
  - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
  - Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos en una farmacia minorista y de hasta 31 días de medicamentos en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

- Las farmacias de atención a largo plazo pueden surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
- Es un nuevo afiliado al plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su membresía al plan.**
  - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
  - Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos en una farmacia minorista y de hasta 31 días de medicamentos en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
- Ha estado afiliado al plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta se expide por menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
  - Si su nivel de atención cambia (por ejemplo, si entra a un centro de atención a largo plazo u hospital o se va de este), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica se expide por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro total de hasta 30 días.
  - Dicho nivel de transiciones pueden incluir, entre otros:
    - Miembros que reciben el alta del hospital o del centro de enfermería especializada y pasan a recibir tratamiento en el hogar.
    - Miembros que son admitidos en un centro de enfermería especializada tras haber recibido tratamiento en el hogar.
    - Miembros que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro que trabaja con una farmacia diferente.
    - Miembros que terminan su estadía conforme a Medicare Part A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
    - Miembros que dejan su condición de atención para pacientes terminales
    - Miembros a los que se les dio de alta de hospitales psiquiátricos para trastornos crónicos con un régimen altamente individualizado.

---

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



Si cambia de entorno de tratamiento varias veces en un mismo mes, es posible que la farmacia tenga que comunicarse con el plan para la continuidad de la cobertura. Si no solicita la continuidad de cobertura del plan, usted no califica para un suministro temporal para un nivel de atención adicional, a menos que sea una emergencia de riesgo vital.

- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine ese suministro temporal. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le resulte efectivo.

○

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, usted puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque este no figure en la *Lista de medicamentos*. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

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

- Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento de la manera en que desea que esté cubierto para el año siguiente.
- Responderemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibirla (o la declaración de apoyo del profesional que expidió su receta).

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F2.

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



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

---

## E. Cambios en la cobertura de medicamentos

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

- Decidir si se requiere o no autorización previa (PA) para un medicamento. (La PA es el permiso que le debe dar Buckeye Health Plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (lo que llamamos "límites de cantidad").
- Agregar o modificar restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

Si está tomando un medicamento cubierto al **comienzo** del año, normalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- que surja un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en la *Lista de medicamentos*; o
- que descubramos que un medicamento no es seguro; o
- un medicamento sea retirado del mercado.

### ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*, siempre puede optar por una de estas opciones:

- Consulte la *Lista de medicamentos* actualizada de Buckeye Health Plan en línea en [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html) o
- llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711) para consultar la *Lista de medicamentos* actual. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### Cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

---

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



Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Se pone a disposición un medicamento genérico nuevo.** A veces, un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar aparece en el mercado y a partir de ese momento funciona como un medicamento de marca o un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* actual. Cuando esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

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

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
  - Usted o su proveedor pueden pedir una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que está tomando no es seguro ni eficaz o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su médico o el profesional que emite sus recetas para que le ayude a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar en reemplazo.

**Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma.** Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando estos cambios se produzcan, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de medicamentos* o
- Le avisaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que emite sus recetas. Pueden ayudarlo a decidir:



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

- Si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

### **Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año del plan actual**

Podemos realizar cambios que no se describen anteriormente y que no afectan sus medicamentos actuales. En el caso de tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**.

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre en relación con un medicamento que usted está tomando (excepto para los cambios descritos en la sección anterior), dicho cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que lo afectarán durante el año del plan siguiente.

---

## **F. Cobertura de medicamentos en casos especiales**

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas para la cobertura.

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

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (como los centros de convalecencia) tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo, es posible que reciba sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si la misma es parte de nuestra red.

---

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



Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si no pertenece o si necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

### **F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare**

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o medicamentos contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las condiciones derivadas, antes de poder cubrir el medicamento, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de atención para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, puede solicitar al proveedor de atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que se aseguren de que recibamos una notificación que indique que dicho medicamento no está relacionado antes de solicitarle a una farmacia que surta la receta.

Si sale de un centro de atención para pacientes terminales, nuestro plan debería cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar a la farmacia documentación que verifique que abandona la atención para pacientes terminales. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Si quiere obtener más información sobre el beneficio de atención para pacientes terminales, consulte el Capítulo 4, Sección F1.

---

## **G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos**

### **G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

Cada vez que surta una receta, evaluaremos los problemas posibles, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios debido a que usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto;

---

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



que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

- quizás no sean seguros para su edad o sexo;
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo;
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico;
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor.

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

## **G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Si toma medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o si está en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de forma segura, puede ser elegible para recibir servicios sin costo alguno para usted, a través de un programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén contribuyendo a mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma;
- las inquietudes que pueda tener, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos;
- la mejor forma de tomar sus medicamentos;
- Las preguntas o los problemas que tenga relacionados con su receta médica y medicamento de venta libre

Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. Este resumen incluye un plan de acción para el uso de medicamentos con recomendaciones sobre qué puede hacer usted para aprovechar mejor sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente programar la revisión de medicamentos antes de su visita anual “de bienestar”, de modo que pueda hablar con el profesional que expide recetas acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de salud. Además, lleve con usted su lista de medicamentos si acude a un hospital o sala de emergencia.

Los programas de administración de terapias de medicamentos son voluntarios y son gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo



---

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

inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo quitaremos del programa.

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

### **G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura**

Buckeye Health Plan cuenta con un programa que puede ayudar a que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que pueden ser objeto de mal uso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias, o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con dichos profesionales para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con los profesionales que expiden recetas, si evaluamos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que los obtiene. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **en determinadas farmacias o a través de ciertos profesionales que expiden recetas.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos en su caso.

Si consideramos que se le deberían aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

**Tendrá la oportunidad de indicarnos a qué profesionales que expiden recetas o farmacias prefiere acudir y cualquier otra información que considere importante que sepamos.** Si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos una vez que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección F5).

---

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



Es posible que la DMP no se aplique a usted si cumple con estos requisitos:

- sufre de determinadas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- está en un centro de atención para pacientes terminales o recibe cuidados paliativos o atención del final de la vida; o
- reside en un centro de cuidado a largo plazo.



---

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

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

---

### Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por "medicamento" nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Part D; y
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Debido a que es elegible para Medicaid, obtiene "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare Part D.

**Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina "subsidió por bajos ingresos" o "LIS".

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

Para saber más acerca de los medicamentos recetados, puede buscar información en los siguientes lugares:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
  - A esta le llamamos "*Lista de medicamentos*". Le informa:
    - qué medicamentos paga el plan;
    - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
    - si hay algún límite para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/Formulario.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/Formulario.html). La *Lista de medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
- En el Capítulo 5, Sección A, se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.

---

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



- Incluye las normas que deben cumplir. También se incluyen los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
  - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
- En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
- En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, hay una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A1.
- Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para obtener más información.



---

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

## Índice

A. <i>Explicación de beneficios</i> (EOB) .....	132
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos .....	133
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	133
C1. Niveles del plan .....	133
C2. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo .....	134
C3. Qué paga usted .....	134
D. Vacunas .....	135
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna.....	136
D2. ¿Qué paga usted por una vacuna?.....	136



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

---

## A. Explicación de beneficios (EOB)

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

- **Sus gastos de bolsillo.** Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por sus medicamentos que requieren receta médica. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento de la Parte D cubierto, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, los pagos realizados para sus medicamentos por medio de Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el AIDS, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Los costos totales de medicamentos.** Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado Explicación de Beneficios. La denominamos EOB para abreviar. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. El EOB incluye:

- **Información para el mes.** El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Se muestran los costos totales por medicamentos, el monto pagado por el plan y lo que usted u otras personas, en su nombre, hayan pagado.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son sus costos totales de medicamentos y el total de pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que expide recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

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

---

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



---

## B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que usted realiza y los que Medicare realiza por usted, usamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

### 1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

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

### 2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

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

Si no pudo acudir a una farmacia de la red y tuvo que pagar el medicamento recetado, consulte el Capítulo 7, Sección A, para obtener más información sobre lo que debe hacer.

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

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o que hay un error o si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitarla en [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com). Si decide solicitar la promoción, recibirá un correo electrónico cuando su EOB electrónico esté listo para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se conocen como EOB no impresas. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

---

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

Con Buckeye Health Plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre y cuando cumpla las normas del plan.

### C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Cada medicamento de

---

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



la *Lista de medicamentos* del plan pertenece a uno de tres niveles. No tiene que pagar copagos por los medicamentos recetados y OTC que se encuentran en la *Lista de medicamentos* de Buckeye Health Plan. Para conocer los niveles de sus medicamentos, consulte la *Lista de medicamentos*.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El nivel 3 (medicamentos recetados/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Ohio Medicaid. El copago es de \$0.

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

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 100 días. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5, Sección A7, o el *Directorio de farmacias y proveedores*.

**C3. Qué paga usted**

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

	Una farmacia de la red	El servicio de compra por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 30 días La cobertura es limitada en algunos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.
<b>Nivel 1</b> <i>(Medicamentos Genéricos)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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



	<b>Una farmacia de la red</b>	<b>El servicio de compra por correo del plan</b>	<b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b>	<b>Una farmacia fuera de la red</b>
	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 30 días La cobertura es limitada en algunos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos de Marca)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 3</b> (medicamentos que requieren receta médica y medicamentos de venta libre no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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

## D. Vacunas

**Mensaje importante sobre sus pagos de vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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



Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es el **costo de su aplicación**. Por ejemplo, a veces puede obtener la vacuna directamente de su médico.

### D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro cuando decida aplicarse una vacuna.

- Podemos comentarle la cobertura de vacunación de nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener los costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Buckeye Health Plan para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D.

### D2. ¿Qué paga usted por una vacuna?

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

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Estas vacunas aparecen en la *Lista de Medicamentos* del plan. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)**, entonces la vacuna no le costará nada.

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

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
  - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted no pagará nada. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas.

---

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



2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
  - No le pagará nada al médico por la vacuna.
  - Se cubrirá el costo de la aplicación.
  - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepa que usted no debe pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en una farmacia y se la aplican en el consultorio de su médico.
  - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted no pagará nada.
  - Se cubrirá el costo de la aplicación.



---

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

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

---

### Introducción

En este capítulo se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se indica cómo hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre una cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	139
B. Cómo evitar los problemas con los pagos .....	141



---

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

---

## A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que le hayan brindado. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si usted recibe una factura por atención de salud o medicamentos, llame a Servicios al Miembro o envíenosla.** Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

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

Comuníquese con Servicios al Miembro o con su administrador de atención si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe cómo proceder, nosotros podemos ayudarlo. También puede contactarse si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

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

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

---

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



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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan por los servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de ID de miembro de Buckeye Health Plan para obtener cualquier servicio o medicamento recetado.

Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más del monto de costos compartidos del plan por los servicios prestados, se considera una facturación inadecuada o inapropiada.

### **Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura.**

- Debido a que Buckeye Health Plan paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíela a nosotros. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó. Nosotros trataremos con el proveedor para reembolsarle el monto que pagó por los servicios cubiertos.

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

- Cubrimos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones de emergencia. Por lo general, ofrecemos la cobertura si se abastecen los medicamentos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Estas son las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red:
  - Viaja fuera del área de servicios del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
  - Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
  - Debe abandonar su hogar debido a un desastre nacional o a otra situación de emergencia de la salud pública.

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



---

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

También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o a su administrador de atención al 1-866-549-8289 (TTY: 711) si le solicitan pagar servicios, le llega una factura o tiene alguna pregunta. (Los horarios de Servicios al Miembro y su administrador de atención se indican en la parte inferior de la página). Puede usar el formulario de la página 211 o solicitar a Servicios al Miembro que le envíe un formulario si quiere presentar información sobre la factura. También puede presentar la información a través de nuestro sitio web, [mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/appeals-grievances.html).

---

## B. Cómo evitar los problemas con los pagos

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

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

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

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

---

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



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

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

Consulte el Capítulo 3, Sección B, para conocer las normas a fin de recibir servicios de atención de salud, salud del comportamiento y otros. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para conocer las reglas que debe seguir a fin de obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

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

Si no tiene un *Directorio de farmacias y proveedores*, puede llamar a Servicios al Miembro y pedir una copia o consultarlo en línea en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com) para tener la información más actualizada.

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

Si no tiene la tarjeta de ID de miembro con usted, solicite al proveedor que llame a nuestro plan de salud al 1-866-296-8731 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios al Miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.



---

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

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

Este capítulo describe las notificaciones legales que se aplican a su membresía a Buckeye Health Plan y sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. Avisos legales .....	145
A1. Avisos sobre leyes .....	145
A2. Aviso de No Discriminación .....	145
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario.....	145
A4. Contratistas independientes.....	146
A5. Fraude al plan de atención de salud .....	146
A6. Circunstancias que van más allá del control de Buckeye Health Plan.....	146
B. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades	147
C. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma.....	149
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI).....	150
D1. Cómo protegemos su PHI.....	150
D2. Su derecho a ver sus expedientes médicos.....	151
E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos.....	159
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted.....	161
G. Su derecho a recibir cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro	

---

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



plan Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio .....	161
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud .....	161
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud .....	161
H2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud .....	162
H3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones .....	163
I. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	164
I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos.....	164
J. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	165
J1. Programa de Recuperación de Patrimonio .....	166



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

---

## A. Avisos legales

### A1. Avisos sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidad, incluso si las mismas no están incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid, y las leyes estatales sobre el programa Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicar.

### A2. Aviso de No Discriminación

Cada compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni tratamos a los miembros de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color de piel, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicios, estado de salud, antecedentes médicos, incapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

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

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención de salud o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, el Servicios al Miembro podrá ayudarle.

### A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

En ocasiones, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, la compañía aseguradora o el seguro de accidentes laborales tiene que pagar primero.

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

---

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



#### A4. Contratistas independientes

La relación entre Buckeye Health Plan y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Buckeye Health Plan. Por otra parte, ni Buckeye Health Plan ni ningún empleado de Buckeye Health Plan son empleados ni agentes de un proveedor participante. En ningún caso Buckeye Health Plan será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de un proveedor participante u otro proveedor de atención de salud. Los médicos participantes, y no Buckeye Health Plan, mantienen una relación médico-paciente con el miembro. Buckeye Health Plan no es un proveedor de atención de salud.

#### A5. Fraude al plan de atención de salud

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

Si le preocupa cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o formulario de Explicación de beneficios, o si conoce o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude gratuita de nuestro plan al 1-866-364-1350 (TTY: 711). La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

#### A6. Circunstancias que van más allá del control de Buckeye Health Plan

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



---

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

---

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brindan de manera competente y accesible desde el punto de vista cultural. Cada año que es miembro de nuestro plan, también debemos informarle sobre sus derechos y los beneficios del plan de forma que pueda entenderlos.

- Para obtener información de forma que pueda entenderla, llame a Servicios al Miembro. Nuestro plan dispone de servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en distintos idiomas.
- Desde nuestro plan, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como español, y en formatos como letra grande, braille o audio.
  - Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (plan Medicare-Medicaid) quiere asegurarse de que entiende la información de su plan de salud. Si lo solicita, podemos enviarle futuros materiales en idiomas distintos del inglés o en formatos alternativos. A esto se le denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su decisión en nuestros registros. Llámenos si desea solicitar una de las siguientes opciones:
  - Quiere recibir los materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo.
  - Quiere cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o a una discapacidad y quiere presentar un reclamo, llame a los siguientes departamentos:

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

---

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



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

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

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish and in formats such as large print, braille, or audio.
  - Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send future materials to you in languages other than English or in alternate formats if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice. Please call us if:
    - You want to get your materials in a language other than English or in an alternate format; or
    - You want to change the language or format that we send you materials.

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

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

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



---

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

---

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a recibir todos los servicios que debe brindarle Buckeye Health Plan, y a elegir el proveedor que le brinde atención cuando sea posible y corresponda.
- Tiene derecho a estar seguro de que otras personas no lo escucharán ni lo verán mientras recibe atención médica.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D1.
  - Llame a Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un médico especialista en salud de la mujer de la red para recibir servicios cubiertos sin obtener una remisión. Una remisión del médico es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos por parte de los proveedores dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a acceder a servicios de especialistas de forma oportuna.
  - Si no puede acceder a los servicios dentro de plazos razonables, debemos pagar por atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4.

En el Capítulo 9, Sección C, se informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, Sección D, también se informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

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



---

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

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo establecido por leyes federales y estatales.

- Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información de salud y de salud.
- Tiene derecho a que le garanticen un manejo confidencial de la información relacionada con su diagnóstico, tratamientos, pronósticos e historial social y médico.
- Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito donde se mencionan estos derechos. El aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. En el aviso también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### D1. Cómo protegemos su PHI

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

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

Con excepción de los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Para hacerlo, debemos obtener previamente su consentimiento por escrito. La autorización por escrito puede ser otorgada por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.

En determinados casos no tenemos que obtener previamente su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a agencias del Gobierno que verifican nuestra calidad de atención.
- Estamos obligados a divulgar su PHI por orden judicial.
- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con leyes federales.

---

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



## D2. Su derecho a ver sus expedientes médicos

Tiene derecho a ver sus registros médicos y recibir una copia de sus registros. Podemos cobrarle para realizar una copia de sus expedientes médicos, salvo que sea para transferir los registros a un nuevo proveedor.

Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted lo solicita trabajaremos con su proveedor de atención de salud para decidir si corresponde hacer estos cambios.

Tiene derecho a saber si su PHI se compartió con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

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

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

***LÉALO DETENIDAMENTE.***

**Fecha de entrada en vigor: 03.01.2018**

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-866-549-8289. Las personas con problemas auditivos deben llamar al 711. Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-866-549-8289. (TTY: 711).

#### **OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES CUBIERTAS:**

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es una entidad cubierta, tal como se define y regula en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (MMP) tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (protected health information, PHI), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigencia y avisarle en caso de una violación de su PHI no segura.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceder, modificar y gestionar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se harán solo con su autorización por escrito.

---

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



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

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad estipuladas en el aviso

Pondremos a disposición en nuestra página web cualquier aviso revisado.

### **PROTECCIONES INTERNAS DE PHI VERBAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA:**

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP) protege su PHI. Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

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

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

### **USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE SU PHI:**

A continuación, se detalla cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporciona tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores, o para que nos ayuden en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

---

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



- **Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que recibió. Podemos divulgar su PHI a otro plan médico, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a reglas de privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
  - procesamiento de reclamaciones
  - determinación de elegibilidad o cobertura para reclamaciones
  - emisión de facturación de primas
  - evaluación de servicios de necesidad médica
  - llevar a cabo una evaluación del uso de reclamaciones
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
  - prestación de servicios al cliente
  - respuesta a quejas y apelaciones
  - prestación de gestión de casos y coordinación de atención
  - evaluaciones médicas de reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
  - actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento
  - revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud
  - gestión de casos y coordinación de atención
  - detección o prevención del fraude y del abuso en la atención médica.
- **Plan de salud de grupo/Divulgaciones al patrocinador del plan:** podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le ofrezca un programa de atención médica, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida (tal como aceptar no usar la información de salud protegida para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo).

---

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



**OTRAS DIVULGACIONES PERMITIDAS U OBLIGATORIAS DE SU PHI:**

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos como, por ejemplo, recaudar dinero para ayudar a una fundación caritativa u otra organización similar a financiar sus actividades. Si lo contactamos en relación con actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de darse de baja de, o dejar de recibir, este tipo de comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción:** podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una solicitud o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para propósitos de suscripción de seguro, se nos prohíbe usar o divulgar su PHI que constituye información genética en el proceso de suscripción de seguro.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos usar y divulgar su PHI para recordarle sobre una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, tales como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales y/o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o regulaciones que rigen el mismo uso o divulgación están en conflicto, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud públicas:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno local, estatal, o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
  - una orden de un tribunal
  - un tribunal administrativo
  - una notificación

---

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



- una citación
  - una orden judicial
  - una solicitud de descubrimiento
  - otras solicitudes legales similares.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI relevante a agentes de la ley cuando se requiera que lo hagamos. Por ejemplo, en respuesta a:
    - una orden judicial
    - una orden de allanamiento del tribunal
    - una notificación
    - una citación emitida por un funcionario judicial
    - una notificación de jurado de acusación

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida.

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También podemos divulgar su PHI a los que trabajan en adquisición, banca o trasplante de:
  - órganos cadavéricos
  - ojos
  - tejidos
- **Amenazas a la seguridad y salud:** podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que es necesario el uso o divulgación para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI:
  - funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional;
  - actividades de inteligencia;

---

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



- al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
- para servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Compensación de trabajadores:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar el culpable.
- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia de ayuda humanitaria autorizada o cualquier otra persona que usted identifique anteriormente. Usaremos criterio y experiencia profesional para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona que lo cuida.
- **Presos:** si usted está preso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley, en tanto dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o su seguridad, o la salud o la seguridad de los demás; o para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Investigación:** en determinadas circunstancias, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:**

Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

**Venta de PHI:** solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.

**Mercadeo:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de mercadeo, con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de marketing cara a cara con usted o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.

**Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención médica.



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

## **DERECHOS DE LAS PERSONAS**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este aviso.

- ***Derecho a revocar una autorización:*** puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito. La revocación entrará en vigor de inmediato, excepto cuando ya hayamos tomado medidas según la autorización y antes de recibir su revocación por escrito.
- ***Derecho a solicitar restricciones:*** usted tiene derecho a solicitar restricciones de uso y divulgación de su PHI en caso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de la atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y especificar a quiénes se aplica la restricción. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan médico cuando usted haya desembolsado el total por el servicio o artículo.
- ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:*** usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en métodos o lugares alternativos. Este derecho se aplica únicamente si no comunicar la información en los métodos o lugares alternativos que desea puede ponerlo en peligro. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información puede ponerlo en peligro si no se modifica el método o el lugar de la comunicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si indica el medio o lugar alternativo donde se debe comunicar su PHI.
- ***Derecho a acceder y obtener copias de su PHI:*** usted tiene el derecho, con excepciones limitadas, de leer u obtener copias de la PHI incluida en un expediente designado. Puede solicitar que le entreguemos copias en formatos que no sean fotocopias. Le entregaremos la información en el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Deberá presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su pedido, le presentaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden evaluar las razones de la denegación y, de ser así, cómo solicitar dicha evaluación, o si no se puede evaluar la denegación.
- ***Derecho a modificar su PHI:*** usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que usted desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no

---

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



está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

- **Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro del último período de seis años, en los que nosotros o nuestros asociados divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud o divulgaciones que usted autorizó y algunas otras actividades. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a presentar una reclamación:** si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos incumplido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una reclamación por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

Puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989) o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

#### **NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento usando la lista de información de contacto al final del aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del Aviso.

#### Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede contactarnos por escrito o por teléfono a la información de contacto que aparece a continuación.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP)  
Attn: Privacy Official  
4349 Easton Way, Suite 120  
Columbus, OH 43219  
1-866-549-8289  
TDD/TTY: 711



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

## E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro a Buckeye Health Plan, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con un servicio de interpretación gratuito para responder cualquier consulta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para solicitar un intérprete, simplemente llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. This is a free service. También podemos ofrecerle la información en formato de letra grande, en braille o en audio. En el plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en otros idiomas que no sean inglés o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Desea obtener sus materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.
- Quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, como por ejemplo:
  - información financiera
  - qué calificación tiene el plan según los miembros del plan;
  - cuántas apelaciones presentaron los miembros
  - cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluidos estos datos:
  - Información sobre cómo elegir o cambiar el proveedor de atención primaria (PCP). Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red en cualquier momento. Debemos enviarle algún tipo de comunicación por escrito informándole el nuevo PCP y la fecha en que comienza el cambio.

---

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



- calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
- cómo pagamos a los proveedores de la red
- una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, en el *Directorio de farmacias y proveedores*; Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web: [mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html).
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y las normas que debe cumplir, que incluyen lo siguiente:
  - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
  - límites de cobertura y medicamentos
  - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - poner por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
  - cambiar una decisión que hayamos tomado
  - pagar una factura que recibió



---

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

---

## F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden cobrarle por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos un monto menor que lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A.

---

## G. Su derecho a recibir cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio

- Tiene derecho a recibir los servicios de atención de salud a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Puede acceder a beneficios para medicamentos recetados de Medicare Part D a través de un plan de fármacos recetados o un plan de Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección B, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados nuevo.
- Debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través del plan MyCare Ohio.

Si quiere realizar un cambio, también puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.

---

## H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

### H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones** y recibir información sobre todos los tipos de tratamientos disponibles de manera adecuada según su condición y capacidad de entendimiento.
- **Conocer los riesgos** y recibir información al respecto.
  - Debe ser informado con anterioridad si cualquier servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación.

---

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



- Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión** consultando a otro proveedor de la red calificado antes de decidir qué tratamiento seguir.
  - Si no puede ver a un proveedor de la red calificado, coordinaremos una consulta con un proveedor fuera de la red sin cargo para usted.
- **Decir que no** y rechazar cualquier tratamiento o terapia.
  - Esto incluye el derecho a lo siguiente:
    - dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga;
    - dejar de tomar un medicamento.
  - Si rechaza el tratamiento, la terapia o el medicamento, el médico o Buckeye Health Plan deben explicarle las consecuencias de esta decisión. También deben agregar una nota al respecto en su expediente médico.
  - Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no se cancela su plan.
  - Sin embargo, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted será totalmente responsable de lo que le suceda.
- **Solicitar y recibir una explicación de parte nuestra sobre por qué un proveedor rechazó la atención** que usted consideraba que debía recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisiones de cobertura. En el Capítulo 9, Sección D, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.
- **Conocer los roles específicos de los médicos estudiantes** y rechazar el tratamiento por parte de un estudiante.

## H2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre su atención de salud. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario por escrito para **delegar en alguien el derecho a tomar decisiones acerca de la atención de salud.**

---

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



- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención de salud en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar esas instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder notarial para la atención de salud.

No es obligatorio hacer uso de las instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario a través de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid, como el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores de Ohio y el Departamento de Salud de Ohio, también pueden tener formularios de instrucción anticipada. Actualmente, los formularios también están disponibles en el siguiente sitio web: [www.proseniors.org/advance-directives/](http://www.proseniors.org/advance-directives/).
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar la opción de tener un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es posible que quiera que sus amigos cercanos o los miembros de la familia tengan también una copia. Conserve una copia en su hogar.
- Si usted será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve al hospital una copia con usted.**

En el hospital le preguntarán si tiene firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo.

Si usted no firmó ese formulario, el hospital dispone de formularios y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una directiva anticipada.

### H3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no ha seguido sus indicaciones, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Ohio por teléfono al 1-800-342-0553 o por correo electrónico a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).



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

---

## I. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección C, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. También le enviaremos un aviso cuando pueda presentar una apelación directamente ante la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame a Servicios al Miembro.

### 11. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Usted es libre de ejercer sus derechos y tener la certeza de que Buckeye Health Plan, nuestros proveedores de la red, Medicare o el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias.

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en el Capítulo 11, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

- Servicios al Miembro.
- Línea directa de Medicaid de Ohio: 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048. También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
- Ombudsman de MyCare Ohio en la Oficina del Ombudsman de Atención a Largo Plazo del estado al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener más información sobre esta organización.

---

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



---

## J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de realizar las acciones que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del miembro*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información acerca de lo siguiente:
  - Servicios cubiertos; consulte el Capítulo 3, Sección A, y el Capítulo 4, Sección A. En esos capítulos, se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe cumplir y qué es lo que paga.
  - Medicamentos cubiertos; consulte el Capítulo 5, Sección A, y el Capítulo 6, Sección C.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted haga uso de todas sus opciones de cobertura al momento de recibir atención médica. Si tiene otra cobertura, llame a Servicios al Miembro.
- **Informar al médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención de salud a que le puedan brindar la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que hayan acordado con los proveedores.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que usted esté tomando. Quedan comprendidos los medicamentos con receta, sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Cuando tenga alguna duda, asegúrese de preguntarla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que sea comprensible para usted. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y las oficinas de otros proveedores.

---

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



- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Las primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para casi todos los miembros de Buckeye Health Plan, Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B. Si paga las primas de la Parte A o la Parte B y cree que Medicaid debería haberlas pagado, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado y pedir ayuda.
  - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, es posible que deba pagar el servicio o medicamento.** Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección D, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Buckeye Health Plan. En el Capítulo 1, Sección D, se informa sobre nuestra área de servicios.
  - Podemos ayudarle a determinar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva localidad. Podemos informarle si disponemos de un plan en su nueva área.
  - Asimismo, asegúrese de hacerle saber su nueva dirección a Medicare y Medicaid cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección F y Sección G, para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Tenemos que mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo contactarlo. Consulte la Sección K del Capítulo 1 para obtener más información. También debe notificar al asistente social del condado en el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda.

## J1. Programa de Recuperación de Patrimonio

Si se encuentra en una institución de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, mediante el Programa de Recuperación de Patrimonio puede recuperar el pago con su patrimonio de los costos de atención que paga el Departamento de Medicaid de Ohio. Los costos de atención pueden incluir el pago de capitación que el Departamento de Medicaid de Ohio le paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago de capitación es mayor que el costo de los servicios que recibió. Se procede a la recuperación del patrimonio después de su muerte.

---

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



## Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre sus derechos a solicitar una decisión de cobertura y a presentar una apelación o hacer un reclamo. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o reclamo con respecto a su plan.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que su plan indique que no pagará.
- Está en desacuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

**Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

### Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de la salud, los medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su atención como parte de su plan de atención de salud. Sin embargo, es posible que, en ocasiones, tenga problemas para obtener atención, o no esté satisfecho con la manera en que se prestaron los servicios o la forma en que lo trataron. En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para tratar los problemas y reclamos relacionados con el plan, sus proveedores, y la prestación y el pago de servicios. **También puede llamar por teléfono a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que lo asesoren con su problema.**

Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener más información sobre los programas del Ombudsman.



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

## Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema.....	170
A1. Acerca de los términos legales .....	170
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda.....	170
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia .....	170
C. Problemas relacionados con sus beneficios .....	173
C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para hacer un reclamo? .....	173
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	174
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones .....	174
D2. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará.....	175
E. Problemas con la atención médica.....	177
E1. Cuándo utilizar esta sección .....	177
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura .....	179
E3. Apelación de nivel 1 para atención médica (no medicamentos de la Parte D) .....	181
E4. Apelación de nivel 2 para atención médica (no medicamentos de la Parte D) .....	186
E5. Problemas con pagos .....	191
F. Medicamentos de la Parte D .....	193
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	193
F2. Qué es una excepción .....	194
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones .....	195
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción .....	196



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

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	199
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	201
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada .....	203
G1. Información sobre sus derechos de Medicare .....	204
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria .....	205
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria .....	207
H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios de Medicare terminan demasiado pronto .....	208
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura .....	209
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención .....	209
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención .....	211
I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 .....	212
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare .....	212
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid .....	213
J. Cómo presentar un reclamo .....	213
J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos .....	213
J2. Quejas internas .....	215
J3. Reclamos externos.....	217
J4. Formulario de reclamo y apelación del miembro .....	218



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

---

## A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que deben ser cumplidos por nosotros y por usted.

### A1. Acerca de los términos legales

Algunas reglas y plazos en este capítulo utilizan términos legales difíciles. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo cual hemos empleado palabras más simples en lugar de algunos términos jurídicos. Usamos abreviaciones lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expeditada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, así que también los proporcionamos.

---

## B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

### B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para gestionar un problema. Esto puede ser específicamente cierto si no se siente bien o si sus energías son limitadas. Otras veces, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente. Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes recursos.

#### Cómo recibir ayuda del Departamento de Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan

En el Departamento de Servicios al Miembro pueden ayudarlo con cualquier problema o reclamo que pueda tener sobre atención de salud, medicamentos, y servicios y apoyo a largo plazo. Por ejemplo, podemos brindarle ayuda si tiene los siguientes problemas: comprender cuáles son los servicios cubiertos, cómo acceder a los servicios o cómo buscar a un proveedor. También podemos ayudarlo si le piden que pague por un servicio o si quiere solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o reclamo (también llamada “queja”). Puede comunicarse con nosotros de la siguiente manera:

---

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



- Llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- También puede visitar nuestro sitio web, [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com), para enviar una pregunta, reclamo o apelación.
- Complete el formulario de apelación/reclamo de este capítulo o llame a Servicios al Miembro y pida que se lo enviemos por correo.
- Escriba una carta para contarnos sobre su inquietud, problema, reclamo o apelación. Asegúrese de que figuren su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de la tarjeta de identificación de miembro a Buckeye Health Plan, su dirección y teléfono. También debería enviar toda información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

Para preguntas médicas, problemas, reclamos o apelaciones:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

Para apelaciones de medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Medicare Pharmacy Appeals  
PO Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

Para preguntas, problemas o reclamos sobre medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

---

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



## Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, puede comunicarse con la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid. En la línea directa, pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. La línea directa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio, [www.medicaid.ohio.gov](http://www.medicaid.ohio.gov).

## Cómo Obtener Ayuda de la Defensoría de MyCare Ohio

También puede recibir ayuda de la Defensoría de MyCare Ohio. La Defensoría de MyCare Ohio es un programa que puede ayudarlo a resolver cualquier problema que pueda tener con nuestro plan. También puede ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. Consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener más información sobre los programas del Ombudsman.

La Defensoría de MyCare Ohio es un defensor independiente y no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede presentar su reclamo en línea, en [aging.ohio.gov/contact](http://aging.ohio.gov/contact). Los servicios son gratuitos.

## Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para solicitar ayuda con problemas. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## Cómo obtener ayuda de otros recursos

También puede hablar sobre sus problemas con las siguientes personas y pedirles ayuda.

- Hable con su médico u otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que haya solicitado el servicio pueden presentar una apelación de nivel 1 en su nombre (consulte la Sección E3 para obtener más información sobre las apelaciones del Nivel 1).

---

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



- Si quiere que su médico u otro proveedor actúen en su nombre durante una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid o una audiencia ante el estado, es necesario que los designe como sus representantes por escrito.
- Puede hablar con un amigo o familiar. Si designa a un amigo o familiar como su representante, ellos pueden solicitar una decisión de cobertura, o presentar una apelación o reclamo en su nombre.
  - Si quiere designar un representante, llame a Servicios al Miembro y pida el formulario de Designación de un Representante. También puede obtener el formulario en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web: [mmp.buckeyehealthplan.com/appeals-grievances/authorized-representative.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/appeals-grievances/authorized-representative.html). El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante.
- Puede hablar con un abogado. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Si quiere obtener información sobre asesoramiento legal gratuito, puede comunicarse con la oficina de asistencia legal más cercana o con la línea gratuita de Asistencia legal de Ohio al 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si quiere que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un Representante. Tenga en cuenta que **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación o reclamo.

---

## C. Problemas relacionados con sus beneficios

### C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para hacer un reclamo?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o reclamos.



---

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

**¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?**

Esto incluye problemas sobre si la atención médica particular (artículos médicos, servicios, medicamentos recetados de la Parte B o servicios y apoyo a largo plazo) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y sobre los problemas relacionados con la denegación del plan del pago de artículos y servicios.

<b>Sí.</b> Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.	<b>No.</b> Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.
Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> .	Vaya a la <b>Sección J: “Cómo hacer un reclamo”</b> .

**D. Decisiones de cobertura y apelaciones****D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones**

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

**¿Qué es una decisión de cobertura?**

Una decisión sobre la cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión sobre la cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, el artículo o el medicamento.

**¿Qué es una apelación?**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no son médicamente necesarios, no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

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



## ¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones?

Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los recursos que se detallan en la **Sección B1**.

### D2. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la **Sección E**, se brinda información si tiene problemas para obtener atención médica (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, consulte esta sección si:
  - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención.
  - No aprobamos atención médica que su médico desea ofrecerle, y usted cree que esta atención debería estar cubierta.
    - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si tiene problemas con medicamentos **no** cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos*, que estén señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la **Sección F** para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.
  - Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta, pero no pagamos por esta.
  - Recibió y pagó la atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere solicitar el reembolso por el pago de los servicios.
  - Le dicen que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se detendrá, y usted está no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo, debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Consulte las **Secciones G y H**.
  - Su solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado exámenes de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una

---

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



revisión de desestimación. Esta revisión es un proceso formal que se denomina apelación.

- En la **Sección F**, se brinda información si tiene problemas con medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, consulte esta sección si:
  - Desea solicitarnos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.
  - Desea solicitarnos que omitamos los límites de la cantidad del medicamento que puede obtener.
  - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa (PA) o aprobación.
  - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su médico u otro profesional que expide recetas piensan que deberíamos haberlo hecho.
  - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado para que le hagan el reembolso. (Este es un pedido de una decisión sobre la cobertura con respecto al pago).
- En la **Sección G**, se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si:
  - Está en el hospital y considera que el médico le solicitó que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la **Sección H**, se brinda información en caso de que considere que la atención de salud en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Defensoría de MyCare Ohio, al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).



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

---

## E. Problemas con la atención médica

### E1. Cuándo utilizar esta sección

En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas con los beneficios para atención médica, como servicios o artículos médicos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo. También puede utilizar esta sección para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Part B. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que están señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Use la **Sección F** para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las situaciones mencionadas a continuación:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. Quiere que cubramos un beneficio que requiere aprobación del plan, llamada también autorización previa (PA), antes de recibir el servicio.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

**NOTA:** Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener una lista de los servicios cubiertos e información sobre qué servicios requieren PA de nuestro plan. Consulte la *Lista de medicamentos* para ver qué medicamentos requieren PA. También puede encontrar las listas de servicios y medicamentos que requieren PA en [mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/prior-auth-part-c.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/benefits/prior-auth-part-c.html) y [mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/prior-auth.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/prescription-drug-part-d/prior-auth.html).

3. No aprobamos la atención médica que su médico desea brindarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. No aprobamos la solicitud de recibir servicios de exención de un proveedor de la red elegido por el participante o que no pertenece a una agencia.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no autorizar su solicitud. Consulte la

---

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



**Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

5. Recibió atención médica que considera que cubrimos, pero no pagaremos.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

6. Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para hacerle un reembolso por su pago.

**Qué puede hacer:** Nos puede pedir que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para hacerle un reembolso. Consulte la **Sección E5** para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

7. Redujimos, suspendimos o detuvimos su cobertura de atención médica, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si le informamos una reducción, suspensión o interrupción de un servicio o artículo que había sido aprobado previamente, o si este se interrumpe antes de que pueda recibir todos los servicios o artículos aprobados, podrá continuar recibéndolos durante el proceso de apelación. Lea la sección “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?”.

**NOTA:** Si la cobertura que se cancelará corresponde a atención hospitalaria, servicios de cuidado médico domiciliario, servicios de enfermería especializada o servicios de rehabilitación ambulatoria (CORF), se aplican normas especiales. Consulte las **Secciones G o H** para obtener más información.

8. No tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos establecidos.

**Qué puede hacer:** Puede presentar un reclamo o una apelación. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo hacer un reclamo. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación de nivel 1.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso le conviene utilizar, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

9. No tomamos una decisión sobre una apelación dentro de los plazos establecidos.

**Qué puede hacer:** Puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo hacer un reclamo. Además, si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la

---

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



**Sección E4** para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante el estado. Tenga en cuenta que, si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, enviaremos automáticamente su apelación al nivel 2 si no le damos una respuesta dentro de los plazos establecidos.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso le conviene utilizar, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

## E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

### Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio, artículo o medicamento de Medicaid (consulte la **Sección F para conocer sobre los medicamentos de Medicare Part D**)

Para solicitar una decisión sobre la cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o solicite a su representante autorizado o médico que nos pida una decisión.

- Puede llamarnos a: 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax a: 1-866-704-3064.
- Puede escribirnos a: Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Attn: Appeals & Grievance  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

Recuerde que debe completar el Formulario de designación de representante para nombrar a un representante autorizado. También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante. Si quiere obtener más información, consulte la **Sección B1**.

### ¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión estándar sobre la cobertura de los medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Part B en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.

Tomaremos una decisión estándar sobre la cobertura sobre el resto de los servicios o artículos dentro de los 10 días calendario después de la solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 10 días corridos (o de 72 horas por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B), puede presentar una apelación.

Usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo. También es posible que nosotros necesitemos



---

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

más tiempo para tomar una decisión. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

### ¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un plazo de 24 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Part B, y en un plazo de 48 horas para el resto de los servicios o artículos.

**El término legal** para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Salvo en el caso de una decisión rápida sobre la cobertura para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo. También es posible que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

### Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-866-704-3064. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- El médico o su representante autorizado también pueden llamarnos.

### Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir estos dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solamente si solicita cobertura de artículos o servicios médicos que aún no ha recibido.** (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita el reembolso del pago de artículos o servicios que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.** El plazo estándar es de 72 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Part B, y de 10 días calendario para el resto de los servicios o artículos.

---

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



- Si su médico dice que necesita una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos una automáticamente.
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
  - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos los plazos estándar (72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Part B) para tomar la decisión.
  - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la daremos.
  - La carta también le indicará cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**.

### Si la decisión de cobertura es “no”, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es "no", le enviaremos una carta en la que se detallen las razones **correspondientes**.

- Si lo **rechazamos**, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión presentando una apelación. Hacer una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la sección a continuación para más información).

### E3. Apelación de nivel 1 para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Si usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. También puede apelar en los casos en que no tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos establecidos. Le enviaremos un aviso por escrito cuando tomemos una medida o, por el contrario, cuando no la tomemos y deberíamos haberlo hecho, para que pueda apelar.

**NOTA:** Si quiere que su médico u otro proveedor actúen en su nombre durante una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid, es necesario que los designe como sus representantes por



---

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

escrito. Lea la sección “¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?” si quiere más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750). La Defensoría de MyCare Ohio no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

### ¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación para nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos de la decisión por escrito.

### ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o utilizar el formulario de apelación/reclamo. Asegúrese de que figuren su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de la tarjeta de identificación de miembro a Buckeye Health Plan, su dirección y teléfono. También debería incluir toda información que ayude a explicar su problema.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo aplica a su apelación.

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



- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- Puede solicitarnos una "apelación normal" o una "apelación rápida".

**El término legal para “apelación rápida” se conoce formalmente como “reconsideración acelerada”.**

### ¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

**Sí.** Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. También puede hacerlo otra persona, pero primero usted debe completar el Formulario de designación de representante. El formulario le otorga permiso a esa otra persona para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, su solicitud de apelación será rechazada. En tal caso, tendrá derecho a que otra persona revise la denegatoria. Le enviaremos un aviso escrito en el que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Para obtener el Formulario de designación de representante, llame a Servicios al Miembro y solicite uno o bien visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

También puede visitar nuestro sitio web:

[mmp.buckeyehealthplan.com/appeals-grievances/authorized-representative.html](http://mmp.buckeyehealthplan.com/appeals-grievances/authorized-representative.html).

También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante.

**Si la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico o el proveedor que solicitó los servicios,** debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Si quiere que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en su nombre para los servicios cubiertos solo por Medicaid, debemos recibir su autorización por escrito.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de un motivo justificado son: usted tenía una enfermedad grave o le di la información errónea acerca del plazo para presentar una apelación. Debe explicar el motivo por el que su apelación no cumplió el plazo cuando haga su apelación.

**NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

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



**Sí.** Para solicitar una copia gratuita, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### ¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

**Sí,** usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

### ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 15 días corridos desde la recepción de su apelación (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted o su proveedor solicitan más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días calendario (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento recetado de Medicare Part B) o antes de que finalice el período extendido (si nos tomamos más días), enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la **Sección E4**). Se le notificará si esto sucede. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

También puede presentar un reclamo en los casos en que no tomamos una decisión sobre la



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

apelación dentro de los plazos establecidos (consulte la **Sección J**).

**Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar el servicio en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B).

**Si rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2 (consulte la **Sección E4**). Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le informará que también puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

### ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria para decidir su apelación. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted o su proveedor solicitan más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si demoramos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si nos tomamos más días), enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la **Sección E4**). Se le notificará si esto sucede. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

También puede presentar un reclamo en los casos en que no tomamos una decisión sobre la apelación dentro de los plazos establecidos (consulte la **Sección J**).

**Si aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

**Si rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos

---

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



su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2 (consulte la **Sección E4**). Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le informará que también puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Sí, mientras cumpla ciertos requisitos. Si habíamos aprobado previamente la cobertura de un servicio y luego decidimos modificar o interrumpir ese servicio antes del vencimiento del período de autorización, le enviaremos un aviso, al menos, 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben **solicitar una apelación en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar recibiendo servicios durante la apelación:

- Dentro de los 15 días corridos a partir de la fecha del envío de nuestro **Aviso de Acción**.
- En la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción.

Si continúan los beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra alguna de las siguientes opciones: usted retira la apelación o (2) pasan 15 días después de que le notificamos que **rechazamos** su apelación.

**NOTA:** A veces, sus beneficios pueden continuar aunque **rechacemos** su apelación. Si el servicio está cubierto por Medicaid y usted solicita una audiencia ante el estado, quizás pueda continuar recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias Estatales tome una decisión. Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2. Si quiere obtener más información, consulte la **Sección E4**.

## E4. Apelación de nivel 2 para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

### Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** total o parcialmente su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo están principalmente cubiertos por Medicare o Medicaid.

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 179 de esta sección si quiere información sobre las audiencias ante el estado.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE) tan pronto como la apelación de Nivel 1 esté completa.

---

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



- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar principalmente cubierto por **Medicare y Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE.

En la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 179 de esta sección si quiere información sobre las audiencias ante el estado.

### ¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación sobre un servicio o artículo. La apelación de nivel 2 se revisa por una organización independiente que no se relaciona con nosotros.

### **Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?**

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado.

### ¿Qué es la audiencia ante el estado?

Una audiencia ante el estado es una reunión entre usted y su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de la audiencia que pertenece a la Oficina de Audiencias Estatales, dentro del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Allí, explicará por qué cree que nuestro plan no tomó la decisión adecuada y nosotros explicaremos por qué tomamos tal decisión. El funcionario de la audiencia escuchará y luego decidirá quién tiene razón, teniendo en cuenta la información ofrecida y las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito que informa su derecho a solicitar una audiencia ante el estado. Si usted participa en el programa de exención de MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos en la audiencia ante el estado. Consulte el *Manual del miembro del Programa de Exención Comunitaria y en el Hogar* para obtener más información sobre sus derechos.

### ¿Cómo solicito una audiencia ante el estado?

Para solicitar una audiencia ante el estado, usted o su representante autorizado debe comunicarse con la Oficina de Audiencias ante el Estado **dentro de los 90 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos el aviso sobre sus derechos a una audiencia ante el estado. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío que aparece en el aviso. Si no cumple con el plazo de 90 días calendario y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que la Oficina de Audiencias ante el Estado le ofrezca más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una apelación de nivel 1 antes de poder solicitar una audiencia ante el estado.

**NOTA:** Si quiere que alguien lo represente, como su médico u otro proveedor, debe dar aviso por escrito a la Oficina de Audiencias Estatales. Allí debe indicar que quiere que esa persona sea su representante autorizado.

---

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



- Puede firmar y enviar el formulario de audiencia ante el estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario. También puede presentar su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). También puede llamar a la Oficina de Audiencias ante el Estado al 1-866-635-3748.

### ¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de audiencia ante el estado?

En general, una vez que la Oficina de Audiencias Estatales recibe su solicitud, las decisiones de las audiencias ante el estado se brindan antes de los 70 días calendario. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales conviene que, cuando este plazo podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales, la decisión se ofrecerá tan pronto como sea necesario, pero en un plazo menor a 3 días hábiles luego de que la Oficina de Audiencias Estatales reciba su solicitud.

### Si mi problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare ¿Qué ocurrirá en la apelación de nivel 2?

Si rechazamos su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la entidad de revisión independiente (IRE). Una entidad de revisión independiente (IRE) leerá detenidamente la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No es necesario que solicite la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente a la IRE cualquier negativa (total o parcial). Se le notificará si esto sucede.
- La IRE tiene contrato con Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de su expediente, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### ¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de la IRE?

- La IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación (o en un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que reciba la apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.
  - Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

---

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



- Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una “apelación rápida” en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas desde el momento en que obtenga su apelación.
  - Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

### ¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, enviaremos automáticamente la apelación de nivel 2 a la IRE. También puede solicitar una audiencia ante el estado. Para solicitar una audiencia ante el estado, siga las instrucciones de esta sección.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado previamente, en algunos casos puede solicitar que continuemos los beneficios durante la apelación de nivel 2.

- Si su problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **solo por Medicaid**, puede solicitar que continuemos con los beneficios durante la apelación de nivel 2. Usted o su representante autorizado deben **solicitar una audiencia ante el estado en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar recibiendo servicios durante la audiencia ante el estado:
  - Dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha del envío de nuestra carta que le informa que rechazamos su apelación de nivel 1; o
  - en la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción.
- Si el problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **solo por Medicare**, los beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la entidad de revisión independiente (IRE).
- Si el problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **por Medicare y Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la IRE. Si solicita una audiencia ante el estado, puede continuar recibiendo los beneficios mientras la audiencia se encuentre pendiente si presenta su solicitud dentro de los plazos descritos a continuación.

Si continúan los beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra alguna de las siguientes opciones:

---

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



(1) usted retira la apelación, (2) todas las entidades que tuvieron su apelación de nivel 2 (la IRE o la Oficina de Audiencias Estatales) decidieron **rechazar** su solicitud.

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 fue una audiencia ante el estado, la Oficina de Audiencias ante el Estado le enviará por correo la decisión de la audiencia.

- Si la decisión de la audiencia es **positiva** (ha lugar) para su solicitud, en forma total o parcial, dicha decisión detallará claramente lo que nuestro plan debe hacer para encontrar una solución al problema. Si no comprende la decisión o tiene preguntas sobre cómo recibir el servicio o el pago, comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro para solicitar ayuda.
- Si la decisión de la audiencia es **negativa** (no ha lugar) para su solicitud, en forma total o parcial, significa que la Oficina de Audiencias Estatales está de acuerdo con la decisión del nivel 1. La decisión de la audiencia ante el estado explicará a la Oficina de Audiencias Estatales las razones por las que denegó su solicitud y le informará su derecho a solicitar una apelación administrativa.

Si su apelación de nivel 2 pasa a la entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará una carta en la que explica su decisión.

- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que obtengamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 72 horas posteriores a obtener la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** total o parcialmente su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

**Yo apelé ante la Entidad de Revisión Independiente y la Oficina de Audiencias Estatales por servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué ocurre si no deciden lo mismo?**



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

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden **aceptar** en forma total o parcial su solicitud, le brindaremos el servicio o el artículo aprobado que sea más cercano al que solicitó en la apelación.

### **Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si su apelación de nivel 2 es una audiencia ante el estado, usted puede apelar nuevamente y solicitar una apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe obtener su solicitud de apelación administrativa dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la entidad de revisión independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.

Consulte la **Sección I** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

## **E5. Problemas con pagos**

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. **Usted no debe pagar la factura.** Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación. Una opción es pagar al proveedor para que este pueda reembolsar su pago; otra opción es que el proveedor acuerde cancelar la facturación del servicio.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted quizás necesite nuestra ayuda por un pago que hizo a un proveedor o para pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago. El Capítulo 7 también ofrece información para no volver a tener problemas con los pagos.

### **¿Puedo solicitarles que me reembolsen el monto de un servicio o artículo que ya pagué?**

Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Pero si la paga, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si está solicitando que se le devuelva el dinero, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

---

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



- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, trataremos con el proveedor para reembolsar su dinero.
- Si usted todavía no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió las reglas, le enviaremos una carta en la que se le indicará que no pagaremos por el servicio o artículo, y le explicaremos por qué.

### ¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la **Sección E3**. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos solicita que reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por escrito si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagar, enviaremos a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviar el pago al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”). La carta que recibirá explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la **Sección I** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto solo por Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

---

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



## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos Parte D". Hay pocos medicamentos que Medicare Part D no cubre que podría cubrir Medicaid. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados como "NT". Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo "NT" siguen el proceso descrito en la **Sección E**.

#### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en la Lista de medicamentos del plan
  - Solicitarnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad que puede obtener de un medicamento)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

**NOTA:** Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse, recibirá un aviso en el que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago. Recuerde que usted no debería pagar ningún servicio médicamente necesario cubierto por Medicare y Medicaid. Si debe pagar el costo total de un medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro para recibir ayuda.

**El término legal** para una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se conoce formalmente como "**determinación de la cobertura**".

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar



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

nuestra decisión. Esta Sección le indica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Utilice la tabla a continuación para que le ayude a decidir qué sección contiene la información para su situación:

<b>¿En cuál de estas situaciones se encuentra?</b>			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que hagamos una excepción a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede solicitar que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la <b>Sección F2</b>. Consulte también las <b>Secciones F3 y F4</b>.</p>	<p>¿Quiere que incluyamos un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las normas o restricciones de algún plan (como la de obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b>  Vaya a la <b>Sección F4</b>.</p>	<p>¿Desea que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p><b>Puede solicitar que le hagamos un reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Vaya a la <b>Sección F4</b>.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b>(Esto significa que nos pide que reconsideremos). Vaya a la <b>Sección F5</b>.</p>

## F2. Qué es una excepción

Una excepción es el permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra *Lista de medicamentos* o para usarlo sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no está en la *Lista de medicamentos* o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted solicite una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.



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

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico o un profesional que expide recetas nos puede solicitar:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de Medicamentos.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C).
  - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
    - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. (a veces, esto se denomina “autorización previa” [PA]).
    - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
    - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir.

**El término legal** para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina una “**excepción al formulario**”.

### F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

#### El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos una declaración escrita que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que expide recetas cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted está solicitando y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

#### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta suele tener validez hasta el final del año

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



calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.

- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la **Sección F5**, se indica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

#### **F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

##### **Qué hacer**

- Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que usted desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que expide recetas) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede tener a un abogado que actúen en su nombre.
- Lea la **Sección B** para saber cómo otorgar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que otorgue permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para que nos pida una decisión sobre la cobertura en su nombre.
- Si pagó un medicamento y cree que debería

##### **Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago de la Parte D**

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntar, o solicítele a su representante, médico u otro profesional que expide recetas que pregunte. Le daremos una respuesta acerca de una decisión estándar sobre la cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento en la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si está solicitando una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro profesional que expide recetas.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas puede pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar en 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

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



haber tenido cobertura, lea el Capítulo 7, Sección A, de este manual. El Capítulo 7 también le indica cómo llamar al Departamento de Servicios al Miembro o enviarnos los documentos para solicitar que cubramos un medicamento.

- En caso de que solicite una excepción, adjunte la “declaración de apoyo”. Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Esto se llama “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que expide recetas se puede comunicar con nosotros por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita.

### **Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”**

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.

**El término legal** para “determinación de cobertura” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura únicamente si está solicitando un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura cuando nos solicite el reembolso de un medicamento que ya adquirió).

Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura únicamente si el hecho de utilizar los plazos estándar pudiera **ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones**.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura, y la carta se lo indicará.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin la justificación de su médico u otro profesional que expide recetas), nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
  - Le enviaremos una carta comunicándoselo. La carta le dirá cómo hacer un reclamo sobre nuestra decisión de entregarle una decisión estándar.

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



- Usted puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a la misma en un plazo de 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**.

### Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo no superior a 24 horas luego de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o profesional que expide recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos ofrecer la cobertura en un plazo de 24 horas posteriores a la obtención de su solicitud o la declaración que apoye su solicitud por parte de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o el profesional que expide recetas. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a la obtención de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de apoyo de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para una "decisión estándar sobre la cobertura" sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación.

---

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



En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.

- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago a la farmacia en un plazo de 14 días calendario. La farmacia hará el reembolso.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

#### F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante debe comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Para solicitar una apelación estándar, puede presentar la apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si desea una apelación rápida, podrá presentar su apelación por escrito o llamarnos por teléfono.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso que enviamos para informarle nuestra decisión. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, algunos motivos justificados para que se le venza un plazo sería usted tuviera una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o si le diéramos información incorrecta o incompleta sobre los plazos para solicitar una apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

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



posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

**El término legal** para una apelación al plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como una “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide recetas pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

#### **Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida**

- Si usted apela una decisión que nuestro plan tomó acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro profesional que expide recetas deberá decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida sobre la cobertura”, que figuran en la **Sección F4**.

**El término legal** para “apelación rápida” se conoce formalmente como “**redeterminación acelerada**”.

#### **El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión**

- Nuevamente, examinamos en detalle toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original.

#### **Plazos para una apelación rápida**

- Si estamos aplicando los plazos rápidos, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos proporcionar la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

#### **Plazos para una apelación estándar**

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



- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le devolvamos su dinero por un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
- Si no tomamos una decisión en un plazo de los 7 días corridos o 14 días corridos si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar a los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o a los 14 días calendario si nos solicitó el reembolso de un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación. La farmacia hará el reembolso.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

## F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D



---

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

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide continuar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. La carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos a ellos su expediente del caso automáticamente. Es posible que tenga derecho a solicitar una copia de su expediente llamando a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente, contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pregunte **en un plazo de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante puede solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

**El término legal** para apelar a la IRE sobre un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como “**reconsideración**”.

### Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la IRE acuerda darle una “apelación rápida”, esta deberá darle una respuesta a su Apelación

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



de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.

- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas posteriores a obtener la decisión.

### Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario posteriores recibir su apelación, o de 14 días calendario si nos solicitó que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.
  - Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
  - Si la IRE aprueba una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario desde la recepción de la decisión. La farmacia hará el reembolso.

### ¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

**Rechazar** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si desea continuar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, usted no podrá continuar con su apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE con la decisión de la apelación de nivel 2 le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

---

## G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando usted ingresa en un hospital, tiene el derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deba dejar el hospital. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que podría necesitar cuando se vaya.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

---

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



Si considera que le están dando el alta demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

## G1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dos días después de que haya sido admitido al hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso que se llama “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no comprende. El “Mensaje importante” le informa acerca de sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización en el hospital. Tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién paga por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión acerca de la duración de su hospitalización en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Apelar la decisión sobre su alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.

Guarde su copia firmada del aviso así tendrá toda información con usted, en caso de necesitarla.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números

---

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



indicados anteriormente.

## G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

### Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) **antes** de abandonar el hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta. El aviso Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si usted llama antes de irse, puede permanecer en el hospital luego de su fecha de alta planificada sin hacerse cargo de los gastos hasta recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si usted no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, posiblemente deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775), y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta prevista.

Queremos asegurarnos de que sabe qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

### ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a los que les paga el gobierno

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



federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

### Solicite una revisión rápida

Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

**El término legal** para “revisión rápida” se conoce formalmente como “**revisión inmediata**”.

### ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su historial médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta explica las razones por las que nosotros, junto con su médico y el hospital, creemos que es adecuado que sea dado de alta en esa fecha.

**El término jurídico** para esta explicación escrita se llama “**Aviso detallado de Alta**”. Puede recibir una copia si llama a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### ¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios mientras sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que creen

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



que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, la cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía, el día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde la respuesta.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su solicitud y usted decide quedarse en el hospital, entonces es posible que deba pagar la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que puede tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2.

### G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Usted deberá comunicarse nuevamente a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicitarle otra revisión.

Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775), y solicite otra revisión.

#### ¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria

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



que obtuvo desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura.

### ¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que reciba le dirá qué hacer si desea seguir adelante con el proceso de apelación.

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 internación después de la fecha de alta planificada.

---

## H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios de Medicare terminan demasiado pronto

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de cuidado médico domiciliario.
- Servicios de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que lo necesita.
  - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando se termina la cobertura de esa atención, dejamos de pagar el costo por la atención.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

---

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



## H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que la recibió. Firmar la notificación **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que debe dejar de recibir cuidado. Cuando finalice su cobertura, interrumpiremos el pago de los costos de su atención.

## H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar con su apelación, debe comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la **Sección J**, se indica cómo presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su atención.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-88-985-8775) y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.



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

## ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

## ¿Qué debe solicitar?

Solicite una “apelación por vía rápida”. Esta es una revisión independiente de si es o no médicamente adecuado para nosotros cancelar la cobertura de sus servicios.

## ¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que recibió el aviso por escrito informándole cuándo finalizará la cobertura de su cuidado.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la **Sección H4**.

**El término legal** del aviso por escrito se conoce formalmente como “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNL](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNL).

## ¿Qué sucede durante una revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura para los servicios debe continuar. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Cuando pide una apelación, el plan debe escribir una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad explicando por qué sus servicios deben terminar.
- Los revisores también observarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán otra información que el hospital o nuestro plan le hayan entregado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información**

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



**necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

**El término legal** de la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es conocido formalmente como “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

#### ¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

#### ¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de esta atención.

### H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará nuevamente la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención de salud a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.



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

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo el cuidado luego de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado.

### **Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775), y solicite otra revisión.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de apelación.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?**

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para el cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre la Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.
- La carta que reciba le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará la información relativa a cómo pasar al siguiente nivel de apelación, el cual está a cargo de un juez.

## **I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2**

### **I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare**

Si realizó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente le informará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

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



El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si desea que un ALJ o un juez de derecho administrativo revisen su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, usted no podrá seguir adelante con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir a un ALJ o un juez de derecho administrativo que atienda su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado adjudicador, puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que tenga el derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelación, puede comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

## **I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid**

Si tuvo una audiencia ante el estado por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de esta audiencia fue denegar su solicitud (no a su favor), también tiene el derecho de realizar apelaciones adicionales. El aviso de la audiencia ante el estado explicará cómo solicitar una apelación administrativa al presentar su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales debe obtener su solicitud dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión en la apelación administrativa, tiene derecho de apelar ante el tribunal de primera instancia del condado donde reside.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con las audiencias estatales o las apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

---

## **J. Cómo presentar un reclamo**

### **J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos**

El proceso de presentación de reclamos se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, las facturas recibidas y el servicio al cliente. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

---

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



**Reclamos sobre la calidad**

- Usted está insatisfecho con la calidad de la atención, como por ejemplo la atención que recibió en el hospital.

**Reclamos sobre la privacidad**

- Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que es confidencial.

**Reclamos sobre un mal servicio al cliente**

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue rudo o irrespetuoso con usted.
- El personal de Buckeye Health Plan lo trató mal.
- Cree que lo están obligando a salir del plan.

**Reclamos sobre la accesibilidad**

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención de salud en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda un servicio razonable que necesita, como un intérprete de Lengua de señas estadounidense.

**Reclamos sobre los plazos de espera**

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos, otros profesionales de atención médica, el personal de Servicios al Miembro u otro personal del plan lo están haciendo esperar demasiado tiempo.

**Reclamos sobre la limpieza**

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

**Reclamos sobre el acceso a servicios de idiomas**

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

**Reclamos sobre la recepción de facturas**

- Su médico o proveedor le envió una factura.

**Resumen: Cómo presentar un reclamo**

Usted puede presentar un reclamo interno a nuestro plan y/o un reclamo externo a una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para realizar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan reclamos externos. Para obtener más información, lea la **Sección J3**.

Si necesita ayuda para presentad un reclamo interno o externo, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).



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

## Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos proporcionado una notificación o carta que debería haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

## Reclamos sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o pagarle al proveedor por ciertos servicios médicos para que pueda hacer el reembolso.
- Cree que no hemos enviado su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

**El término legal** de un “reclamo” se conoce formalmente como “queja”.

**El término legal** para “hacer un reclamo” es “**presentar una queja formal**”.

## ¿Hay diferentes tipos de reclamos?

**Sí.** Usted puede presentar un reclamo interno o uno externo. Un reclamo interno se presenta y lo revisa nuestro plan. Un reclamo externo se presenta y lo revisa una organización no afiliada a nuestro plan. **Si necesita ayuda para presentad un reclamo interno o externo, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).**

## J2. Quejas internas

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los reclamos relacionados con la Parte D deben presentarse **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja. Todos los demás tipos de reclamos deben presentarse **en cualquier momento** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar un reclamo.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamación por escrito, responderemos a ella por escrito. Además, puede usar el formulario para hacer

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



el reclamo.

- Puede enviar su reclamo a esta dirección:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

- Respondemos los reclamos sobre el acceso a la atención dentro de los 2 días hábiles. Respondemos todos los demás tipos de reclamos en un plazo de 30 días calendario. Podemos demorar hasta 14 días calendario más si necesitamos reunir más información para ayudarlo. Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido”. También puede presentar una queja rápida si rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas.
- La mejor manera de presentar un reclamo rápido es mediante una llamada al Departamento de Servicios al Miembro. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si tiene un buen motivo para presentar el reclamo de manera tardía, infórmenos y consideraremos si le extendemos el plazo para presentar un reclamo o no.

**El término legal para “reclamo rápido” es “queja formal acelerada”.**

Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos los reclamos sobre el acceso a la atención dentro de los 2 días hábiles. Respondemos todos los demás tipos de reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para favorecerlo, o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- Si usted hace un reclamo porque nos tomamos un tiempo adicional para la decisión o apelación

---

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



sobre la cobertura, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo, le informaremos y le daremos nuestros motivos. Le responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

### **J3. Reclamos externos**

#### **Puede presentar su reclamo ante Medicare**

Puede enviarle su reclamo a Medicare. El Formulario de Reclamos de Medicare está disponible en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usará esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando de resolver su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Puede presentar su reclamo ante Medicaid**

Puede llamar a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 o TTY 711. La llamada es gratuita. También puede enviar el reclamo por correo electrónico a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov).

#### **Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles**

Puede presentar un reclamo ante la Oficina del Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no recibió un trato imparcial. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre incapacidad para acceder o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

También puede comunicarse con la oficina local de la Oficina de Derechos Civiles en:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, IL 60601

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es



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

posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. O comuníquese con la línea directa para consumidores de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 711) para obtener ayuda.

### **Puede presentar un reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su reclamo se refiere a la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- O puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si usted hace un reclamo a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ellos para resolver su reclamo.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad está integrada por un grupo de médico y otros expertos en atención médica, cuya remuneración la paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección E.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

### **J4. Formulario de reclamo y apelación del miembro**

Para presentar un reclamo o una apelación, llame, escriba o envíe un fax a Buckeye Health Plan. También puede usar el formulario de la página 211 y enviarlo por fax o por correo a la siguiente dirección:

Para preguntas médicas, problemas, reclamos o apelaciones:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

Fax: 1-866-704-3064.

Para apelaciones de medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Medicare Part D Appeals  
PO Box 31383

---

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



Tampa, FL 33631-3383

Fax: 1-866-388-1766

Para preguntas, problemas o reclamos sobre medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio

Attn: Appeals and Grievances

Medicare Operations

P.O. Box 10450

Van Nuys, CA 91410-0450

Fax: 1-866-704-3064.

No tiene que utilizar este formulario para presentar un reclamo o una apelación. Simplemente puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-549-8289 (TTY: 711) para informar su reclamo o apelación. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



---

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

## Formulario de reclamo y apelación del miembro

Complete y envíe por correo o fax a:

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

Attention: Appeals and Grievances – Medicare Operations

P.O. Box 10450 | Van Nuys, CA | 91410-0450

Fax: 1-844-273-2671

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) tendrá una resolución al reclamo a más tardar a los 30 días calendario o 2 días hábiles para brindarle acceso a la atención médica, a partir de la fecha en que usted presente el reclamo. Si necesita más información y una demora es lo mejor para usted, o si usted solicita más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder su queja. Sin embargo, si hacemos esta extensión, se lo notificaremos a usted o a su representante. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o como máximo en unos pocos días. Si presenta una queja porque le negamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le otorgaremos una queja “rápida” automáticamente. Si presenta una queja “rápida”, le responderemos en un plazo de 24 horas. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-866-549-8289/TTY/TDD 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Como miembro de Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid), usted tiene derecho a presentar una apelación por cualquier denegación relacionada con la cobertura de servicios médicos (Parte C) o de medicamentos recetados (Parte B). Puede presentar solicitudes de apelación por escrito o llamar al Departamento de Servicios al Miembro, al 1-866-549-8289/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Buckeye le informará una decisión dentro de los siguientes plazos desde la recepción de su solicitud:

Apelaciones médicas estándares previas al servicio: **15 días corridos**

Apelaciones estándares relacionadas con medicamentos recetados de la Parte B: **7 días corridos**

Apelaciones médicas aceleradas previas al servicio: **72 horas**

Apelaciones aceleradas relacionadas con los medicamentos recetados de la Parte B: **72 horas**

Las apelaciones relacionadas con problemas de pago para medicamentos de la Parte C y la Parte B recibirán una decisión de apelación estándar dentro de los 60 días calendario de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más. Le informaremos a usted o a su representante por escrito si decidimos demorar más días para tomar la decisión.

\* **Las apelaciones expeditadas** hacen referencia a que usted considera que utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su vida o su salud o dañar su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento. También debe solicitar la cobertura de atención médica o de un medicamento que aún no ha recibido.

Nombre del miembro: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Número de identificación de Medicare: \_\_\_\_\_

---

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro\* (seleccione una):  Miembro  Padre/madre Tutor/a legal

Cónyuge

Otra: \_\_\_\_\_

*\* Si no marca la opción "Miembro", para los demás casos se requerirá una constancia de la tutela, un poder notarial o una designación de representante (AOR). El formulario de designación de representante (AOR) se encuentra en nuestro sitio web.*

Nombre de la persona que presenta la apelación: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: Inicio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

**Tipo de reclamo (marque uno):**

- Abuso, descuido
- Solicitud de servicio; problemas por pagos de reclamaciones/apelaciones
- Solicitud de medicamentos recetados o proceso de determinación y redeterminación de cobertura/problemas
- Servicios al Cliente
- Inscripción y cancelación de la inscripción
- Fraude y abuso
- Comercialización
- Problemas de privacidad
- Calidad de la atención

¿El reclamo está relacionado con sus medicamentos? (marque una opción):  Sí  No

Si su respuesta a la pregunta anterior es SÍ, ¿tiene suministro suficiente para los próximos 7 días? (marque una opción):

Sí  No

¿Cuál es su reclamo? \_\_\_\_\_

¿Cómo puede Buckeye solucionar su problema? \_\_\_\_\_

---

---

¿Por qué medio prefiere que nos comuniquemos con usted por este reclamo? (marque una opción):

Teléfono

Correo electrónico

Otra: \_\_\_\_\_

Proporcione información de contacto adicional (es decir, número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc.):

---

---

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

***Solo para uso interno de la administración***

Número de reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

**Tipo de apelación (elija una opción):**

- Apelación previa al servicio (médica) estándar: (revisión de 15 días corridos)
- Apelación previa al servicio (médica) acelerada: (revisión de 72 horas)
- Apelación de la Parte B (medicamentos recetados) estándar: (revisión de 7 días corridos)
- Apelación de la Parte B (medicamentos recetados) acelerada: (revisión de 72 horas)
- Apelación de problemas de pago estándar (medicamentos de la Parte C y la Parte B): (plazo de revisión de 60 días corridos)

¿Qué se le denegó? (Incluya una copia de la carta de denegación).

---

---

---

---

---

¿Por qué cree que debería recibir <este(a)/estos(a)> servicios o receta médicos o pago?

---

---

---

---

---

¿Por qué medio prefiere que nos comuniquemos con usted por esta apelación? (marque una opción):

Teléfono  Correo electrónico

Otro: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que presenta la apelación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-866-549-8289/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.*

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

***Solo para uso interno de la administración***

Número de apelación: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

## Capítulo 10: Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan MyCare Ohio

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cambiar o cancelar su membresía a nuestro plan. Puede cambiar su membresía a nuestro plan si elige obtener sus servicios de Medicare por separado (usted permanece en nuestro plan para recibir los servicios de Medicaid). Usted puede cancelar su membresía a nuestro plan al elegir otro plan MyCare Ohio. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid de Ohio mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. MyCare Ohio .....	225
B. Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan .....	226
C. Cómo afiliarse a otro plan MyCare Ohio .....	226
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid .....	226
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....	227
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid .....	229
E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía. ....	230
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía .....	230
G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud .....	231
H. Su derecho a presentar un reclamo si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar su membresía en nuestro plan .....	232
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan .....	232

---

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



---

## A. MyCare Ohio

Puede cancelar su membresía en Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid) en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Medicare-Medicaid o cambiándose a Original Medicare.

Si cambia su membresía a nuestro plan al elegir obtener sus servicios de Medicare por separado, ocurre lo siguiente:

- Seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que hizo la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud para dejar de tener Medicare a través de nuestro plan el 18 de enero, la nueva cobertura de Medicare comenzará el 1.º de febrero.

Si cancela su membresía a nuestro plan al elegir otro plan MyCare Ohio, ocurre lo siguiente:

- Si solicita el cambio a otro plan MyCare Ohio antes de los últimos cinco días del mes, su membresía se cancelará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura en otro plan MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 18 de enero, la cobertura de su nuevo plan comenzará el 1.º de febrero.
- Si solicita el cambio a otro plan MyCare Ohio en los últimos cinco días del mes, su membresía se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura en otro plan MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 30 de enero, la cobertura de su nuevo plan comenzará el 1.º de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo cambiar o cancelar su membresía llamando a los siguientes números:

- La Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si usted participa en un Programa de Administración de Medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

---

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



---

## B. Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cambiar o cancelar su membresía:

- Llame a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.
- Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en la tabla de la **Sección D1**.

Consulte la Sección A anterior a fin de obtener información sobre cuándo entrará en efecto su solicitud para cambiar o cancelar su membresía.

---

## C. Cómo afiliarse a otro plan MyCare Ohio

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en otro plan MyCare Ohio.

Para inscribirse en otro plan MyCare Ohio haga lo siguiente:

- Llame a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura de Buckeye Health Plan se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

---

## D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid

Si no quiere inscribirse en otro MyCare Ohio plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado. Buckeye Health Plan seguirá ofreciendo los servicios de Medicaid.

---

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



## D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá optar cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted dejará de recibir los servicios de Medicare de nuestro plan automáticamente.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud Medicare, como un plan Medicare Advantage, que incluiría la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Llame a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.</li></ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de Buckeye Health Plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	--



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

<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede elegir un plan de la Parte D en este momento.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Llame a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.</li></ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de Buckeye Health Plan cuando comience la cobertura de Original Medicare y del plan de medicamentos que requieren receta médica.</p>
---	---



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

<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de Medicare de fármacos recetados, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Programa del Seguro de Salud para la Tercera Edad (SHIP), el Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.</p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Llame a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.</li></ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de Buckeye Health Plan cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

## D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Debe recibir sus beneficios de Medicaid a través del plan MyCare Ohio. Por lo tanto, aunque no quiera obtener sus beneficios de Medicare a través del plan MyCare Ohio, puede recibir sus beneficios de Medicaid a través de Buckeye Health Plan u otro plan de atención administrada de MyCare Ohio.

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

Entre sus servicios de Medicaid se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.



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

Cuando ya no reciba los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro y un nuevo *Manual del Miembro* para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiarse a otro plan MyCare Ohio para obtener sus beneficios de Medicaid, llame a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

---

## E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía.

Si cambia o cancela su membresía en Buckeye Health Plan, llevará un tiempo hasta que comience su nueva cobertura. Durante este período, usted seguirá obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos los servicios de farmacia de compra por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que cambia o finaliza su membresía a Buckeye Health Plan, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes del alta.

---

## F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía

Estos son los casos en los que Medicare debe cancelar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Part B. Los servicios de Medicare finalizarán el último día del mes en que finalice su Medicare Part A o Medicare Part B.
- Si ya no califica para Medicaid o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para las personas que califican para Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses o si reside habitualmente fuera de Ohio.
  - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar al Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se dirige se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.

---

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



- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene para medicamentos recetados.
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
  - Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro.
  - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podemos solicitar a Medicare y Medicaid que cancelen su inscripción en nuestro plan por estas razones:

- Si intencionalmente brinda información incorrecta cuando se inscribe y esa información afecta su elegibilidad.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y dificulta que brindemos atención médica a usted y a otros miembros.
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
  - Si se termina su membresía por esta razón, Medicare o Medicaid pueden hacer que el inspector general investigue su caso. También es posible un enjuiciamiento civil y/o penal.

---

## **G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud**

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debe llamar a la Línea Directa para Consumidores 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 al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

---

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



---

## H. Su derecho a presentar un reclamo si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar su membresía en nuestro plan

Si solicitamos que Medicare y Medicaid den de baja su afiliación en nuestro plan, tenemos la obligación de informarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra solicitud de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

---

## I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden cancelar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Contestaremos su llamada el siguiente día hábil.



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

## Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se utilizan en todo el *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios al Miembro.



---

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

importantes

**Actividades de la vida diaria:** lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

**Producto biológico:** es un medicamento recetado que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

**Biosimilar:** un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

**Medicamento de marca:** es un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la empresa que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca poseen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Otras empresas farmacéuticas son las que fabrican y comercializan los medicamentos genéricos. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B.

**Administrador de atención:** es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección C.

**Plan de atención:** es un plan desarrollado por usted y su administrador de atención, que describe cuáles son las necesidades médicas, de la salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica los objetivos y los servicios para satisfacer esas necesidades. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección G.

**Equipo de atención:** un equipo de atención, dirigido por un administrador de atención, puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales que están para ayudarlo a elaborar un plan de atención y garantizar que usted recibe la atención que necesita. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección C.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal a cargo de Medicare. En el capítulo 2 se explica cómo ponerse en contacto con CMS. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F.

**Reclamo:** es una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Quedan comprendidas todas las inquietudes sobre la calidad de nuestra asistencia, los proveedores de la red o las farmacias de la red. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección J.



---

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

importantes

**Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF):** es un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios, como servicios de fisioterapia, asistencia social o psicológica, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y evaluación del ambiente en el domicilio. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Decisión de cobertura:** una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones acerca de los medicamentos y los servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección E2.

**Medicamentos cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B.

**Servicios cubiertos:** el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección A.

**Cancelación de la inscripción:** es el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad). Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección B.

**Niveles de los medicamentos:** los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos pertenece a uno de *tres* niveles.

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para utilizarse en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección L.

**Emergencia:** es una condición médica que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideraría tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, podría producir la muerte, una disfunción grave de una parte o un órgano del cuerpo, daños funcionales de una parte del cuerpo o, en el caso de una mujer embarazada, un grave peligro a su salud física o mental o la del bebé por nacer. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, la dificultad para respirar o hemorragia incontrolable. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

---

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



**Atención de emergencia:** servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección H.

**Excepción:** un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección D.

**Ayuda Adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por medicamentos con receta de Medicare Part D. La “Ayuda Adicional” también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Introducción).

**Medicamento genérico:** un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del Gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que uno de marca. Suele ser más económico y es tan eficaz como un medicamento de marca. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B.

**Queja:** es un reclamo que usted presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención que usted recibió. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección J.

**Evaluación de salud:** una revisión de los antecedentes médicos y la condición actual del miembro inscrito. Se utiliza para conocer la salud del paciente y la manera en la que podría cambiar en el futuro. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F.

**Plan de salud:** una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención para ayudarlo a coordinar proveedores y servicios. Todos trabajan en equipo para brindarle la atención que necesita. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección C.

**Asistente de salud a domicilio:** es una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Atención para pacientes terminales:** es un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que la persona padece una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses como máximo. Un miembro con una prognosis terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan asistencia integral a la

---

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



importantes

persona atendiendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Buckeye Health Plan debe brindarle una lista de proveedores de centros de atención para pacientes terminales de su área geográfica. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Facturación incorrecta o inadecuada:** se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior que el de los costos compartidos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de ID de miembro de Buckeye Health Plan para obtener cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no comprende.

**Pacientes hospitalizados:** es un término que se utiliza cuando se lo admite formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo admitió formalmente, aún podrá considerársele paciente ambulatorio en vez de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Biosimilar intercambiable:** es un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** Es una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos incluidos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la Lista de medicamentos se denomina "Formulario". Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección J4.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** los servicios y apoyo a largo plazo incluyen exenciones de atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Las exenciones de los HCBS pueden ofrecerle servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y comunidad. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección E.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte "Ayuda Adicional (Extra Help)".

**Medicaid (o asistencia médica):** es un programa gestionado por el Gobierno federal y el estado que ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, se le cubrirá la mayoría de los costos de atención de salud. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección G.

**Medicamento necesario:** este término se refiere a los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas o, de lo contrario, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Ohio. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección B.

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



importantes

**Medicare:** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de los planes Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”). Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F.

**Plan Medicare Advantage:** es un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “plan MA”, que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a esas empresas para cubrir los beneficios de Medicare que usted recibe.

**Servicios cubiertos por Medicare:** los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Part A y Part B. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 Sección D.

**Afiliado de Medicare-Medicaid:** una persona que califica para tener la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

**Medicare Part A:** el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y atención para pacientes terminales médicamente necesarios. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Medicare Part B:** es el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Medicare Part C:** el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

**Medicare Part D:** es el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar su nombre). La Parte D cubre los medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid para pacientes ambulatorios. Buckeye Health Plan incluye Medicare Part D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B.



---

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

**Medicamentos de Medicare Part D:** son los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** es una persona que tiene Medicare y Medicaid, que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección E.

**Manual del miembro y divulgación de información:** este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otros documentos de cobertura opcional seleccionados, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección I.

**Servicios al Miembro:** es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección A.

**Modelo de atención:** el enfoque estructurado e integrado que Buckeye Health Plan utiliza para brindar servicios y garantizar que la atención sea coordinada adecuadamente entre los proveedores, las farmacias y nuestro equipo de coordinación de la atención.

**Farmacia de la red:** es una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Nosotros las denominamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados se cubren únicamente si se surten en una de las farmacias de la red. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A1.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también comprende hospitales, agencias de atención de salud en el hogar, clínicas y otros lugares donde se prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo. Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y recibir nuestro pago sin cobrar a los miembros un importe adicional. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección A.

---

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



importantes

**Centro de convalecencia:** un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Defensoría:** una oficina estatal que lo ayuda en caso de tener problemas con nuestro plan. Los servicios de los defensores de pacientes son gratuitos. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección H.

**Determinación de la organización:** el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre cobertura" en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección D.

**Original Medicare (Medicare tradicional o cargo por servicio de Medicare):** el Gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original se encuentra disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea ser parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa (PA) de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

**Farmacia fuera de la red:** es una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, excepto en ciertas condiciones. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A8.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** es un proveedor o centro que no es empleado ni propiedad de nuestro plan y tampoco es operado por este; asimismo, no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección D.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de atención de salud.



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

**Parte A:** Consulte “Medicare Part A”.

**Parte B:** Consulte “Medicare Part B”.

**Parte C:** Consulte “Medicare Part C”.

**Parte D:** Consulte “Medicare Part D”.

**Medicamentos de la Parte D:** Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

**Información de salud personal (también llamada información de salud protegida o PHI):** Es información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Buckeye Health Plan para obtener más información sobre cómo Buckeye Health Plan protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos en relación con su PHI.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** Es un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada de los medicamentos cubiertos y los beneficios específicos del miembro. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Servicios de rehabilitación:** el tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Área de servicios:** Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no tienen carácter de emergencia). El plan puede cancelarse si usted se muda fuera del área de servicios del plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección D.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** Es la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero titulado o un



---

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

médico puede administrar. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D.

**Médico especialista:** un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección D.

**Audiencia estatal:** es su oportunidad de hablar sobre su problema ante un representante del estado y demostrar que tomamos la decisión incorrecta. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección E4.

**Agencia estatal de Medicaid:** el Departamento de Medicaid de Ohio. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección G.

**Terapia escalonada:** una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C.

**Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI):** Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una incapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

**Nivel:** Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B4.

**Atención médica urgentemente necesaria:** Es la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede obtener atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. (Por ejemplo, puede obtener atención médica urgentemente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica). Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección H2.



---

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

### Departamento de Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan

<b>LLAME</b>	1-866-549-8289  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.  Servicios al Miembro también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
<b>POR FAX</b>	1-866-719-5435
<b>POR CORREO</b>	Buckeye Health Plan - MyCare Ohio 4349 Easton Way Suite 120 Columbus, OH 43219
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mmp.buckeyehealthplan.com">mmp.buckeyehealthplan.com</a>



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

\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*

\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*

\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*

\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*

\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*