

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

## **Su cobertura de salud y medicamentos conforme a Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)** **Introducción al *Manual del Afiliado***

En este manual, se detalla su cobertura según Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) hasta el 31 de diciembre de 2024. Se explican los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios del programa de exención de servicios en la comunidad y en el hogar (también llamados servicios y apoyo a largo plazo). Los servicios y el apoyo a largo plazo le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a una residencia de ancianos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

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

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

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

**ATENCIÓN:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

OH4CNCEOC36367S\_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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).

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

Buckeye Health Plan quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

- Si desea recibir sus materiales en otro idioma o en un formato alternativo.  
o
- Si 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 Afiliado de Buckeye al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

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



**Manual del Afiliado de Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) para 2024****Índice**

Capítulo 1: Comenzar como afiliado.....	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	17
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención de salud y otros servicios cubiertos .....	28
Capítulo 4: Tabla de Beneficios.....	50
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan .....	102
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid.....	124
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos .....	132
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	137
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos).....	165
Capítulo 10: Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan MyCare Ohio.....	229
Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes .....	238

---

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



## Descargo de responsabilidad

- ❖ Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarles beneficios de ambos planes a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Buckeye Health Plan, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame por teléfono al número de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado o bien consulte el *Manual del Afiliado* para obtener más información, incluido 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 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés), [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



# Capítulo 1: Comenzar como afiliado

---

## Introducción

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

## Índice

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

---

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



J6. <i>Explicación de Beneficios</i> .....	14
K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación.....	15
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI) .....	16



---

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

---

## A. Bienvenido a Buckeye Health Plan

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

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

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

---

## B. Información sobre Medicare y Medicaid

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

### B1. Medicare

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

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

### B2. Medicaid

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

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién reúne los requisitos;

---

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



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

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

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

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

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

---

## C. Ventajas de este plan

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

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

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

---

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





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

---

## D. Área de servicios de Buckeye Health Plan

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

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

Si se muda, debe informárselo a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado. Si se muda a otro estado, tendrá que solicitar Medicaid en el nuevo estado. Consulte el **Capítulo 8**, Sección J, página 162, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

---

## E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

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

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

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

- tiene otra cobertura de atención de salud acreditable; **o**

---

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



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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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



Luego del período de transición, tendrá que consultar a los médicos y otros proveedores de la red de Buckeye Health Plan para obtener la mayoría de los servicios. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3**, Sección D, página 34 para obtener más información sobre cómo obtener atención. El Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.

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

---

## G. Su plan de atención

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

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

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

---

## H. Prima mensual de Buckeye Health Plan

Buckeye Health Plan no tiene una prima mensual.

---

## I. *Manual del Afiliado*

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

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

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Buckeye Health Plan, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

---

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



## J. Otra información adicional que le enviaremos

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

### J1. Tarjeta de ID de afiliado a Buckeye Health Plan

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



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

Mientras esté afiliado a nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesita para obtener los servicios. Ya no recibirá una tarjeta de Medicaid mensual. Tampoco tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID (por sus siglas en

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



inglés) a afiliado de Buckeye Health Plan, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7**, Sección A, página 133, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. Carta para nuevos afiliados

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

## J3. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Buckeye Health Plan. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar los proveedores y las farmacias de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, por ejemplo, cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez (consulte la página 10) y para ciertos servicios (consulte el **Capítulo 3**, Sección A, página 31).

Para pedir, en cualquier momento, un *Directorio de Farmacias y Proveedores* (electrónico o impreso), llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los Directorios de Farmacias y Proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles luego de la solicitud. También puede ver el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com); o bien descargarlo desde este sitio web. El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores de la red.

### Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Buckeye Health Plan incluyen los siguientes:
  - Médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
  - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; **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*.



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

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

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

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

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

### **J4. Lista de Medicamentos Cubiertos**

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

También se informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5**, Sección C, página 112 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

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

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

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

### **J6. Explicación de Beneficios**

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus



---

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

medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

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

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

---

## K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

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

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

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

Infórmenos lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales;
- la admisión en un hospital o una residencia de ancianos;
- la atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted);

---

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



- si forma parte o empieza a formar parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: no está obligado a informar a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).
- Si tiene que consultar a un proveedor por una lesión o enfermedad que puede haber sido causada por otra persona o compañía. Por ejemplo, si sufre daños a raíz de un accidente automovilístico o una mordedura de perro, o si se resbala y se cae en una tienda, es posible que otra persona o compañía tengan que pagar sus gastos médicos. Cuando llame, necesitaremos el nombre de la persona o la compañía culpable y la información de las compañías de seguro o los abogados involucrados.

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

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 al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas o necesita ayuda.

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

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



---

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

### Índice

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

---

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



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

<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-549-8289. La llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<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, página 225. 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 el Departamento de Servicios al Afiliado

- Cuando tenga preguntas sobre el plan.
- Cuando tenga preguntas sobre reclamos o facturación de proveedores.
- Tarjetas de identificación (ID, por sus siglas en inglés) de afiliado.
  - Infórmenos si no recibió su tarjeta de ID de afiliado o si la perdió.

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



- Cómo encontrar proveedores de la red.
  - Esto incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).
- Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo.
  - En algunos casos, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y sus necesidades básicas de la vida. Si Medicaid de Ohio y Buckeye Health Plan consideran que es necesario, usted puede recibir servicios de residencia asistida, servicios domésticos, atención personal, comidas, equipo de adaptación, respuesta de emergencia y otros servicios.
- Cómo entender la información de su *Manual del Afiliado*.
- Recomendaciones sobre aspectos que usted considera que deberíamos cambiar.
- Otra información sobre Buckeye Health Plan.
  - Puede pedir más información sobre nuestro plan, incluida información relacionada con la estructura y la operación de Buckeye Health Plan y de cualquier plan de incentivo para médicos que tengamos.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud y los medicamentos.
  - Una decisión de cobertura es una decisión relacionada con lo siguiente:
    - sus beneficios y los servicios y medicamentos cubiertos; ○
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud y medicamentos.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.
- Apelaciones sobre la atención de salud y los medicamentos.
  - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura, y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.
- Reclamos sobre la atención de salud y los medicamentos.
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. También puede presentar un reclamo ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la Sección E a continuación, página 24).

---

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



- Si el reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con la atención de salud o los medicamentos, usted puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba, página 18).
- Puede enviar un reclamo sobre Buckeye Health Plan directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1- 800- MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Puede enviar un reclamo sobre Buckeye Health Plan directamente a Medicaid de Ohio. Llame por teléfono al 1-800-324-8680. La llamada es gratuita. Consulte la Sección G, página 26, para conocer otras maneras de comunicarse con 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.
- Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 219.
- Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos ayuda con un servicio que pagó o bien para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 133.
  - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección E5, página 190 para obtener más información sobre las apelaciones.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 AL</b>	<p>1-866-549-8289 La llamada es gratuita.</p> <p>La línea del administrador de atención se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, su llamada será atendida por nuestra Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La línea del administrador de atención se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, su llamada será atendida por nuestra Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas.</p>
<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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 afiliados a Buckeye Health Plan, pero no debe sustituir la visita al proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Esta línea brinda orientación sobre cómo usar la atención de salud y le proporciona información sobre las opciones de tratamiento y los recursos disponibles. Las llamadas a la Línea de Consultas con Enfermeras son gratuitas.

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

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

- Preguntas sobre la atención de salud.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 afiliados que necesitan hablar urgentemente con un especialista en salud mental o en abuso de sustancias.

<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-549-8289 La 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 (LMHA, por sus siglas en inglés).</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete 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 que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

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

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 (QIO, por sus siglas en inglés) de Ohio. Está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

<b>LLAME AL</b>	1-888-524-9900
<b>TTY</b>	1-888-985-8775 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	10820 Guilford Road, 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 la atención de salud.
  - Puede presentar un reclamo sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
    - tiene un problema con la calidad de la atención;
    - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto; ○
    - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS, por sus siglas en inglés.

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

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



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

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

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

<b>LLAME AL</b>	1-800-324-8680 La llamada es gratuita.  La línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	1-800-292-3572 Esta llamada es gratuita.  Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.  El número de TTY de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.
<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 [ifs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://ifs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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. Pueden responder preguntas si tiene un problema, o bien un reclamo y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. MyCare Ohio Ombudsman también lo ayuda con las inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención. La ayuda está disponible para resolver disputas con proveedores, proteger sus derechos y presentar 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 AL</b>	1-800-282-1206 La llamada es gratuita.  La Defensoría de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 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 que tienen dificultades 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
<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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, por sus siglas en inglés). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores”, “proveedores de la red” y “farmacias de la red” .....	31
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	31
C. Información sobre el equipo de atención y el administrador de atención .....	33
C1. Qué es la administración de la atención .....	33
C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención .....	33
C3. Cómo se relacionará con el administrador de atención y el equipo de atención .....	33
C4. Cómo cambiar su administrador de atención .....	34
D. Atención de proveedores de cuidado primario, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red .....	34
D1. Atención de un proveedor de cuidado primario .....	34
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red .....	36

---

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



D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan .....	36
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	37
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) .....	38
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento .....	39
G. Cómo obtener servicios de transporte .....	39
G1. Cómo obtener servicios de transporte.....	39
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre.....	40
H1. Atención si tiene una emergencia médica .....	40
H2. Cuidado urgentemente necesario.....	42
H3. Atención en caso de desastre .....	43
I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	43
I1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios .....	44
J. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	44
J1. Definición de estudio de investigación clínica .....	44
J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica.....	45
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica .....	46
<b>K. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud .....</b>	<b>46</b>
K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud .....	46
K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud .....	46
L. Equipo médico duradero (DME).....	47
L1. DME para el afiliado a nuestro plan .....	47
L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage.....	47

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



L3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan .....	48
L4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	48



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, la salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección D, página 54.

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

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es cuando usted tiene una responsabilidad de pago del paciente por los servicios de exención o recibidos en un centro de enfermería. Consulte el Capítulo 4, Sección C, página 52 para obtener más información.

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

---

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

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

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

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54, para obtener información sobre los beneficios cubiertos, incluida la Tabla de Beneficios del plan.

---

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



- La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que usted necesita los servicios, los suministros o los medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una residencia de ancianos. También significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.
- La atención que recibe debe tener autorización previa de Buckeye Health Plan cuando sea necesario. Para algunos servicios, su proveedor debe enviarle información a Buckeye Health Plan y solicitar la aprobación para que usted obtenga el servicio. Esto se denomina autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Consulte la tabla del Capítulo 4, Sección C, página 52 para obtener más información.
- Debe elegir un proveedor de la red como su **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** para que coordine su atención médica. Si bien no necesita aprobación (es decir, una remisión) de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de ver a un especialista o luego de una visita a un departamento de emergencias o urgencias. Esto le permite a su PCP coordinar su atención para obtener los mejores resultados.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 35.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan (es decir, un proveedor fuera de la red). Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Se cubre la atención de emergencia o el cuidado urgentemente necesario de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario, consulte la Sección I, página 43.
  - Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Por lo general, se requiere autorización previa del plan para los servicios fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención sin cargo para usted. Si quiere información acerca de cómo obtener la aprobación para ser atendido por un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 34.
  - Se cubren los servicios que usted recibió fuera de la red en centros de salud habilitados federalmente, 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.
  - 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

---

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





puede acceder a él durante un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

- Si es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda continuar consultando a sus proveedores fuera de la red actuales durante un período después de su inscripción. Esto se denomina “período de transición”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 10 de este manual y su carta para nuevos afiliados.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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



## C4. Cómo cambiar su administrador de atención

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

---

## D. Atención de proveedores de cuidado primario, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red

### D1. Atención de un proveedor de cuidado primario

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

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

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

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

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

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

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

---

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



- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas;
- admisiones en el 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 especialista deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa).

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

Una vez que esté inscrito en Buckeye Health Plan, su PCP, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), elaborará un plan de atención personalizado diseñado especialmente para usted. Su administrador de atención trabajará con usted y su PCP para desarrollar su plan de atención y asegurarse de que reciba la atención que necesita. Su PCP es responsable de coordinar toda la atención médica y de recurrir a otros especialistas, si es necesario. Su plan de atención incluirá todos los servicios que su PCP o el administrador de atención del plan hayan autorizado para que usted reciba como afiliado a Buckeye Health Plan. Para garantizar que usted reciba siempre la atención más adecuada, su PCP o un miembro del equipo de administración de la atención revisan, aprueban y autorizan cambios en el plan de atención, ya sea que se agreguen, cambien o 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 al Departamento de Servicios al Afiliado para elegir su PCP. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

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



## Cómo cambiar de PCP

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

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

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

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

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

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

Es muy importante hablar con su PCP antes de ver a un especialista o a determinados proveedores. El PCP puede ayudarlo a coordinar la visita al especialista. Si un especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, el especialista solicitará autorización previa directamente a Buckeye Health Plan. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 54, de este manual.

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

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

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

---

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



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

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si otro de sus proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted fue asignado a ese proveedor, si actualmente recibe su atención o si ha acudido a ese proveedor dentro de los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red que esté calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si actualmente está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor actual, 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 para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red a su alcance, debemos coordinar que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que no recibe la atención correcta, tiene derecho a presentar un reclamo. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

#### **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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



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

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

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

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

---

## E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

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

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

---

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



---

## F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento se encuentran disponibles para todos los afiliados de Buckeye Health Plan. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describe en el Capítulo 4 están cubiertos con un proveedor de la red, con autorización previa. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 54, de este manual. Para obtener otros servicios de salud conductual, comuníquese con su administrador de atención o su PCP.

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

### G1. Cómo obtener servicios de transporte

- Número de teléfono para coordinar los servicios.
  - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, 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 emergencia de los afiliados.
- Requisitos de notificación por adelantado
  - Las solicitudes de transporte que no sean de emergencia se deben realizar con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.
- Cobertura de transporte
  - Buckeye Health Plan ofrece transporte ilimitado a todos los afiliados (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 afiliado diez viajes de ida por año a bancos de alimentos o tiendas de comestibles.
  - Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para obtener servicios de atención médicos cubiertos, Buckeye Health Plan le brindará el transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor.
- Transporte de exención

---

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



- Para obtener información específica sobre los servicios de transporte de exención, llame a su administrador de servicios de exención.

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

---

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

### H1. Atención si tiene una emergencia médica

#### Definición de emergencia médica

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

- un riesgo grave para su salud o, si es mujer y está embarazada, la del niño por nacer; ●
- un daño grave a las funciones del cuerpo; ●
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●
- en el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:
  - No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
  - El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias, al hospital más cercano o a otro entorno apropiado. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted no necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP o de Buckeye Health Plan. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- Asegúrese de informarle al proveedor que está afiliado a Buckeye Health Plan. Muéstrelle al proveedor su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).





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

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

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 54.

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

Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible. Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que usted necesita otro tipo de 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 afección o para evitar que vuelva a manifestarse. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

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

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

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

- intento de suicidio o daño autoinfligido grave;
- intento de dañar a otra persona;
- pérdida de la capacidad para velar por su cuidado o su seguridad;

---

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



- orden de internación en un hospital psiquiátrico.

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

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

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

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

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

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

## **H2. Cuidado urgentemente necesario**

### **Definición de cuidado urgentemente necesario**

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

### **Cuidado urgentemente necesario cuando se encuentra en el área de servicios del plan**

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

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

---

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



Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos el cuidado urgentemente necesario 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](http://mmp.buckeyehealthplan.com).

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

### **Cuidado urgentemente necesario cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan**

Cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, se cubrirá el cuidado urgentemente necesario que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado urgentemente necesario 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 la atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web: [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 109, para obtener más información.

---

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

Los proveedores deben facturarnos los servicios cubiertos que le brindan a usted. Los proveedores no deberían facturarle los servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía una factura por



---

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

un servicio cubierto en vez de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado lo antes posible para brindarnos la información de la factura.

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

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

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

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

- son médicamente necesarios; **y**
- se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54); **y**
- se obtienen siguiendo las reglas del plan.

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

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

El Capítulo 9, Sección D, página 172 explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También le explica cómo presentar una apelación de la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

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

---

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

### **J1. Definición de estudio de investigación clínica**

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

---

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



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

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios por los cuales nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD, por sus siglas en inglés) y en los ensayos de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.

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

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

Si es voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará ninguno de los servicios cubiertos en el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

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

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

Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.

---

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



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

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

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

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

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

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

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

---

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



- Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
- Usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Se cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria para pacientes internados si el plan lo autoriza. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 54.

---

## L. Equipo médico duradero (DME)

### L1. DME para el afiliado a nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

**Nota:** Puede encontrar las definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

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



Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el Medicare Advantage Plan 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 Medicare Advantage Plan.

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

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

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

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

- el alquiler del equipo de oxígeno;
- el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- los tubos y los accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- el mantenimiento y la reparación del equipo 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 **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, le alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados con anterioridad.

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

---

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





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

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

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

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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 cubre Buckeye Health Plan y todas las restricciones o los límites que tienen esos servicios. También se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Los servicios cubiertos .....	51
A1. Durante emergencias de salud pública.....	51
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios.....	52
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan .....	52
D. La Tabla de Beneficios.....	54
D1. Visitas preventivas.....	54
D2. Exámenes y servicios preventivos.....	55
D3. Otros servicios.....	61
E. Servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicios.....	98
F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye Health Plan.....	98
F1. Cuidado para pacientes terminales.....	98
G. Beneficios no cubiertos por Buckeye Health Plan, Medicare o Medicaid .....	99

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, página 105, y la información sobre lo que usted paga por los medicamentos está en el Capítulo 6, Sección C3, página 128.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medicaid, en general, no tendrá que pagar los servicios cubiertos que se explican en este capítulo mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 31 para obtener más información sobre las reglas del plan. Sin embargo, es posible que tenga que pagar una “responsabilidad del paciente” por los servicios de exención o recibidos en un centro de enfermería cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.

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

### A1. Durante emergencias de salud pública

Buckeye Health Plan seguirá todos y cada uno de los lineamientos estatales o federales relacionados con una emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros afiliados. 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](http://mmp.buckeyehealthplan.com) o llame a la Línea de Consultas con Enfermeras. Puede comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

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

#### Pruebas para diagnosticar 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 COVID-19

El Departamento de Salud de Ohio (ODH, por sus siglas en inglés) tiene una herramienta de búsqueda que puede usar para encontrar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio

---

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



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 llamando al número gratuito de 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 el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan o con la Línea de Consultas con Enfermeras al 1-866-549-8289 (TTY: 711). La Línea de Consultas con Enfermeras 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 les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio cubierto.

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

---

## C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

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

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual.

---

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



Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una residencia de ancianos. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

- Si Buckeye Health Plan determina que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado para actuar en su nombre pueden presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.
- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 34, encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que brinda y administra su atención.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Además, algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red emiten por escrito una indicación o una receta médica para que usted obtenga el servicio. Si no está seguro de si un servicio requiere PA, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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> El primer chequeo anual no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Los chequeos anuales estarán cubiertos una vez que haya permanecido en la Parte B durante 12 meses. No es necesario haber cumplido primero con la visita “Bienvenido a Medicare”.</p>	Ninguna
<p><b>Visita “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>Si ha permanecido en Medicare Parte B durante 12 meses o menos, puede obtener una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una revisión de su salud:</li> <li>• educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas); <b>y</b></li> <li>• Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



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

## D2. Exámenes y servicios preventivos

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><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 las embarazadas. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener sesiones de orientación en persona proporcionadas por un proveedor de cuidado primario o un profesional calificados.</p>	Ninguna

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Detección de cáncer de seno</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años;</li> <li>• una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más;</li> <li>• las mujeres menores a 35 años que corren alto riesgo de padecer cáncer de seno también pueden reunir los requisitos para realizarse una mamografía;</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 cuidado primario 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>• analizar el uso de la aspirina;</li> <li>• controlarle la presión arterial; ○</li> <li>• darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</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 controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	Ninguna
<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

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





Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Se cubrirán 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 a partir de los 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que presentan un riesgo alto desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario;</li> <li>• análisis de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses;</li> <li>• ADN multiobjetivo en heces para pacientes entre 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años;</li> <li>• pruebas de biomarcadores basados en sangre para los pacientes entre 45 y 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años;</li> <li>• enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con un riesgo alto, 24 meses desde el último enema de bario o colonoscopia de detección;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 los pacientes que no tienen alto riesgo y los mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección.</li> </ul> <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de 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>	Ninguna
<p><b>Detección del VIH</b></p> <p>Se cubren los exámenes de detección del VIH para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por VIH.</p>	Ninguna

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Vacunas</b></p> <p>Se cubren 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 gripe, una por temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias;</li> <li>• vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B;</li> <li>• Vacunas contra la COVID-19</li> <li>• otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B o Medicaid;</li> <li>• otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, sección D, página 130, para obtener más información.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>Se cubrirán los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años; <b>y</b></li> <li>• tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; <b>y</b></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>Luego del primer examen de detección, se cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	Ninguna

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Se cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambio nutricional a largo plazo; y</li> <li>• aumento de la actividad física; y</li> <li>• formas 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>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen de tacto rectal;</li> <li>• prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Detección de infecciones de transmisión sexual 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 puede durar de 20 a 30 minutos.</p>	Ninguna

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>• que dura 12 semanas o más;</li> <li>• no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</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>Se requiere autorización para más de 30 consultas por acupuntura por año de beneficios.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



<b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<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 transporte en aeronaves de alas fijas y alas rotativas, y servicios de ambulancia terrestre. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras formas de traslado pongan en riesgo su vida o su salud o, si está embarazada, la vida o la salud de su bebé por nacer.</p> <p>En los casos que no son emergencias, los servicios de transporte en ambulancia o vehículo para silla de ruedas están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p>	<p><b>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</b></p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rayos X de diagnóstico;</li> <li>• ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Se cubren 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 afiliados menores de 21 años y una vez cada 365 días para afiliados mayores de 21 años;</li> <li>• servicios preventivos, incluida la profilaxis, el fluoruro para afiliados 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 ortodoncia y quirúrgicos que no son de rutina.</li> </ul> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento con radiación de cánceres que involucren la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p>	<p>Ninguna</p>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<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 ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos;</li> <li>• suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ monitores del nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas;</li> <li>○ dispositivos tipo lancetas y lancetas;</li> <li>○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</li> </ul> </li> <li>• Para las personas con diabetes que tienen 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> <p>El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a OneTouch cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa.</p>	<p><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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, por sus siglas en inglés) 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 ser utilizadas en el hogar;</li> <li>• bombas de infusión intravenosa (IV);</li> <li>• dispositivos generadores del habla;</li> <li>• suministros y equipo 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 “cuidado urgentemente necesario”)</b></p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; <b>y</b></li> <li>• Son necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 del cuerpo; ●</li> <li>• una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●</li> <li>• en el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un 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, por sus siglas en inglés) más cercana o a otro entorno apropiado.</p> <p>Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su PCP o sin costo a la Línea de Consultas con Enfermeras las 24 horas. Su PCP o la Línea de Consultas con Enfermeras pueden asesorarlo sobre lo que debe hacer.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para conocer los detalles.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prueba de planificación familiar y tratamiento médico;</li> <li>• pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar;</li> <li>• métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes);</li> <li>• suministros para planificación familiar (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones);</li> <li>• asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados;</li> <li>• asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés), VIH/sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH;</li> <li>• tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI);</li> <li>• tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH;</li> <li>• esterilización voluntaria (debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar 30 días como mínimo, pero no se debe exceder los 180 días entre la fecha en la que firmó el formulario y la fecha de la cirugía);</li> <li>• detección, diagnóstico y asesoramiento para anomalías genéticas o trastornos metabólicos hereditarios;</li> <li>• tratamiento contra afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye tratamientos 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 cuidado primario de la red.</p>	<p>Ninguna</p>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Centros de salud habilitados federalmente</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios en centros de salud habilitados federalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas para servicios médicos de atención primaria y de 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>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</b></p> <p><b>Tecnología de acceso remoto (tecnología basada en internet o teléfonos)</b></p> <p>El plan ofrece un portal para afiliados 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 básica en los centros participantes.</p>	Ninguna
<p><b>Suministros y servicios de audición</b></p> <p>Se 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>	Ninguna

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 cuidado diurno para adultos;</li> <li>• servicio de comidas alternativo;</li> <li>• servicios de residencia asistida;</li> <li>• opciones de asistentes para atención en el hogar;</li> <li>• servicios de quehaceres domésticos;</li> <li>• transición comunitaria;</li> <li>• servicios para vivir mejor en la comunidad;</li> <li>• asistente para atención en el hogar;</li> <li>• comidas 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 domésticos;</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 asistentes para atención 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 style="text-align: center;"><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 Medicaid de Ohio determina que usted necesita la atención a largo plazo.</p> <p>Es posible que tenga que pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado determinará, según sus ingresos y determinados gastos, si usted tiene una responsabilidad del paciente.</p> <p>Estos servicios requieren que usted se inscriba en un programa de exención operado por el estado y que cumpla con los requisitos del programa.</p> <p>Los servicios de transición comunitaria se limitan a \$2,000 por período de exención de inscripción.</p>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención de atención en la comunidad y en el hogar (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 año calendario.</p> <p>Servicios de mantenimiento del hogar y quehaceres domésticos: los servicios no deben exceder un total de \$10,000 en un año calendario por persona.</p>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<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 de 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 y otras soluciones por vía intravenosa o enteral;</li> <li>• servicios médicos y sociales;</li> <li>• equipos y suministros médicos.</li> </ul>	<p><b>Es posible que se necesite 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el medicamento o la sustancia biológica (como un antiviral o inmunoglobulina);</li> <li>• el equipo (como una bomba); <b>y</b></li> <li>• los suministros (como tubos o catéteres).</li> </ul> <p>Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería que se prestan conforme a su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación del paciente que no esté incluida en el beneficio de DME;</li> <li>• control a distancia; <b>y</b></li> <li>• servicios de control para la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado.</li> </ul>	<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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



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

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Cuidado para pacientes terminales (continuación)</b></p> <p><b>Nota:</b> Excepto en casos de atención de urgencia o de emergencia, si necesita atención que no está relacionada con el cuidado para pacientes terminales, deberá llamar a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para comunicarse con su administrador de atención de salud, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Se cubren los servicios de consultas en un centro de cuidado para pacientes terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado para pacientes terminales.</p>	
<p><b>Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados</b></p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente público o privado o en un hospital general; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para afiliados de entre 22 y 64 años internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite de 190 días de por vida.</li> </ul> </li> <li>• atención de desintoxicación para pacientes internados.</li> </ul>	<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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</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 las dietas especiales;</li> <li>• servicios de enfermería regulares;</li> <li>• costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios;</li> <li>• medicamentos;</li> <li>• pruebas de laboratorio;</li> <li>• rayos X y otros servicios de radiología;</li> <li>• suministros médicos y quirúrgicos necesarios;</li> <li>• aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital;</li> <li>• servicios de quirófano y sala de recuperación;</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>• servicios para tratar el trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados;</li> <li>• sangre, incluido su almacenamiento y administración;</li> <li>• servicios de médicos o proveedores;</li> <li>• en algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><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>

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



<b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si Buckeye Health Plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar lejano fuera del patrón de atención en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o cubriremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si existen servicios de trasplante disponibles en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, Buckeye Health Plan no cubrirá el transporte y el alojamiento.</p>	
<p><b>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una internación sin cobertura</b></p> <p>Si su internación no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, se cubrirán los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios médicos;</li> <li>• pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio;</li> <li>• rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico;</li> <li>• vendajes quirúrgicos;</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para las fracturas y dislocaciones;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación sin cobertura (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prótesis y aparatos ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos dispositivos tienen las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente);</li> <li>○ reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción.</li> </ul> </li> <li>• aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarlo a tomar buenas decisiones 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, página 31, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente;</li> <li>• tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial;</li> <li>• capacitación para autodiálisis, incluye la capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar;</li> <li>• equipos y suministros de diálisis en el hogar;</li> <li>• determinados servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	Ninguna
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubren tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro Medicare Advantage Plan o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año.</p>	Ninguna

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 Parte B</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Buckeye Health Plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios;</li> <li>• insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria);</li> <li>• otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan;</li> <li>• los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia;</li> <li>• medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento de recibir el trasplante del órgano;</li> <li>• medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento;</li> <li>• antígenos;</li> <li>• ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas;</li> <li>• ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa);</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><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>

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





<b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (continuación)</b></p> <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 se cubren algunas vacunas con el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, Sección A, página 105, se explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>En el Capítulo 6, Sección C3, página 128, se explica lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<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 casos de crisis;</li> <li>• servicios intensivos para pacientes ambulatorios;</li> <li>• evaluación de consumo de drogas y 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 a buprenorfina.</li> </ul> <p>Si quiere obtener más información, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”.</p>	<p><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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<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 y evaluación psiquiátrica de diagnóstico;</li> <li>• tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés);</li> <li>• tratamiento intensivo en el hogar (IHBT, por sus siglas en inglés);</li> <li>• detección, intervención breve y remisión a tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés);</li> <li>• pruebas psicológicas;</li> <li>• servicios terapéuticos de comportamiento (TBS, por sus siglas en inglés);</li> <li>• rehabilitación psicosocial;</li> <li>• servicios de tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés);</li> <li>• asesoramiento y terapia;</li> <li>• intervención en casos de crisis;</li> <li>• administración farmacológica;</li> <li>• determinados medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio;</li> <li>• hospitalización parcial para tratar el trastorno de abuso de sustancias únicamente.</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 en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Si quiere obtener más información, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”.</p>	<p>Es posible que se necesite <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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Cuidado 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 las dietas especiales;</li> <li>• servicios de enfermería;</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>• los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea;</li> <li>• sangre, incluido su almacenamiento y administración;</li> <li>• suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería;</li> <li>• pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería;</li> <li>• rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería;</li> <li>• equipo médico duraderos, como sillas de ruedas, administrados generalmente por centros de enfermería;</li> <li>• servicios de médicos o proveedores.</li> </ul> <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en un centro de enfermería de Medicaid en el siguiente lugar si este acepta los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una residencia de ancianos o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía cuando se afilió a Buckeye Health Plan.</li> </ul> <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>• una residencia de ancianos o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería);</li> <li>• un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital.</li> </ul>	<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>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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés)</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 admisión;</li> <li>• evaluaciones periódicas;</li> <li>• medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos;</li> <li>• asesoramiento sobre el abuso de sustancias;</li> <li>• terapia individual y de grupo;</li> <li>• pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico).</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un psiquiatra o médico con licencia del estado;</li> <li>• un psicólogo clínico;</li> <li>• un trabajador social clínico;</li> <li>• un especialista en enfermería clínica;</li> <li>• un asesor profesional clínico con licencia (LPC, por sus siglas en inglés);</li> <li>• un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés);</li> <li>• un enfermero especializado con práctica médica (NP, por sus siglas en inglés);</li> <li>• un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés); u</li> <li>• otro profesional de la 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 (TBS, por sus siglas en inglés);</li> <li>• Servicios psicosociales de rehabilitación.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<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 los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios;             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser internado en el hospital.</li> <li>○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio.</li> <li>○ Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: <a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></li> </ul> </li> <li>● se cubren la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios;</li> <li>● quimioterapia;</li> <li>● pruebas 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 necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención;</li> <li>● diagnóstico por imágenes (por ejemplo, rayos X, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas);</li> <li>● radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico;</li> <li>● sangre, incluido su almacenamiento y administración;</li> <li>● suministros médicos, como férulas y yesos;</li> <li>● exámenes de detección y los servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios;</li> <li>● algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.</li> </ul>	<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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>El plan cubre artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) 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 afiliados pueden usar su beneficio OTC para comprar artículos OTC elegibles de ubicaciones participantes o del catálogo OTC para su entrega a su puerta. Los artículos cubiertos por este beneficio se limitan a los artículos que cumplen con las directrices CMS en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de Atención Administrada de Medicare. El valor del/de los artículo(s) adquirido(s) 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 puede convertirse en dinero en efectivo.</p>	<p>\$0</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$25 por mes calendario en artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que cumplen con los requisitos.</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>Puede pedir hasta tres artículos iguales por mes calendario, a menos que se indique de otro modo en el catálogo. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede usar para pedir productos de venta libre para el afiliado.</p>

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



<b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<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 en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa, proporcionado 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 es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</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>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Se cubren 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, especialistas y otros profesionales de la salud, y los servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, incluida la atención psiquiátrica.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de los servicios de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio.</li> <li>● servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para los afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de en un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del afiliado;</li> <li>● servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral;</li> <li>● servicios de telesalud para los afiliados con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental recurrente;</li> <li>● servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud;</li> <li>○ usted tiene una consulta 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>● los controles virtuales con su médico que duran entre 5 y 10 minutos (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si se cumple todo lo siguiente: <p style="text-align: center;"><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p> </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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>○ usted no es paciente nuevo; <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> <li>● la evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas, si se cumple todo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted no es paciente nuevo; <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> <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 una cirugía;</li> <li>● atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas;</li> <li>○ arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales;</li> <li>○ extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas; ●</li> <li>○ servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico.</li> </ul> </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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Se cubren 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 las lesiones superficiales de la mano que no estén asociadas con traumatismos;</li> <li>• cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores.</li> </ul>	Ninguna
<p><b>Prótesis y suministros relacionados</b></p> <p>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. A continuación, se incluyen ejemplos de prótesis cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía;</li> <li>• marcapasos;</li> <li>• aparatos ortopédicos;</li> <li>• zapatos ortopédicos;</li> <li>• brazos y piernas ortopédicos;</li> <li>• prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía);</li> <li>• prótesis dentales.</li> </ul> <p>El plan también cubre algunos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de las prótesis.</p> <p>El plan ofrece cobertura luego de una cirugía de cataratas o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista”, más adelante en esta sección en la página 97, para obtener más detalles.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), entre otros.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se cubren los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y orientación para ciertas afecciones médicas.</li> <li>○ El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son 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 afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Es posible que se necesite 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>• consultas para servicios médicos de atención primaria y de especialistas;</li> <li>• un psicólogo clínico;</li> <li>• un trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales;</li> <li>• servicios de enfermeros 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Programa de servicios de recuperación especializados (SRS, por sus siglas en inglés)</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 reúna los requisitos para recibir los servicios de recuperación especializados (SRS, por sus siglas en inglés) acordes a sus necesidades de recuperación. Se cubren los siguientes tres servicios si usted está inscrito en el programa de SRS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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.</li> </ul> </li> <li>• Colocación y Apoyo Individualizados-Empleo Asistido (IPS-SE, por sus siglas en inglés): Los servicios de empleo asistido tienen las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <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> <li>• 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.</li> </ul>	<p>Si está interesado en los SRS, se comunicará con un administrador de recuperación que comenzará la evaluación para determinar la elegibilidad. Para ello, entre otras cosas, analizará su diagnóstico y si necesita ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida cotidiana.</p> <p>Las personas deben cumplir criterios de elegibilidad financieros, clínicos, de necesidades y de riesgo especificados.</p> <p>Se aplican límites por servicio.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 (SET, por sus siglas en inglés) para afiliados con enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés). Se cubrirá 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 para la SET;</li> <li>• 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación).</li> <li>• debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico;</li> <li>• debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD;</li> <li>• debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 son 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. Los tipos de transporte que no son de emergencia 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 al Departamento de Servicios al Afiliado 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, por sus siglas en inglés). Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET.</p>	<p><b>Es posible que se necesite 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 afiliado, que se especifican en el plan.</p>

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



Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Cuidado urgentemente necesario</b></p> <p>El cuidado urgentemente necesario es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una situación que no es de emergencia; ○</li> <li>• una enfermedad repentina; ○</li> <li>• una lesión; ○</li> <li>• una afección que necesita atención de inmediato.</li> </ul> <p>Si necesita cuidado urgentemente necesario, primero debe intentar obtenerlo a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección que había pasado inadvertida, pero no es una emergencia médica).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buckeye Health Plan cubre la atención de emergencia o requerida de urgencia cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.</li> </ul>	<p>Los servicios urgentemente necesarios están cubiertos únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para conocer los detalles.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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>Se cubren 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) se cubren de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cada 12 meses para afiliados menores de 21 años y mayores de 59 años; •</li> <li>○ cada 24 meses para afiliados 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, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética, para personas con diabetes y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad;</li> <li>○ Un examen de detección de glaucoma por año para afiliados menores de 20 años y mayores de 50 años, afiliados con antecedentes familiares de glaucoma, afiliados con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años.</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, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera).</li> </ul> </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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, página 9) y necesita atención médica, puede recibir atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. No cubrimos la atención de emergencia o requerida de urgencia, u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Para acceder a servicios de atención de emergencia o requerida de urgencia, debe dirigirse al centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias más cercanos. Consulte el Capítulo 3, Sección H, página 40, para obtener más información.

---

## F. Beneficios cubiertos fuera de Buckeye Health Plan

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

### F1. Cuidado para pacientes terminales

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

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

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

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

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

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

---

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



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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado para pacientes terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 120, para obtener más información.

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

---

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

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

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

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

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

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección J1, página 44, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.

---

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



- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Asistencia para los cuidados básicos de pacientes internados.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Atención quiropráctica diferente de los rayos X de diagnóstico y la manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación conforme a las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
- Servicios para tratar la infertilidad para hombres o mujeres.
- Esterilización voluntaria si tiene menos de 21 años o es legalmente incapaz de dar su consentimiento para el procedimiento.
- Anulación de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en casos de violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para proteger la vida de la madre.
- Servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA, por sus siglas en inglés).
- Servicios para encontrar causas de muerte (autopsia).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 que debe seguir para obtener medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

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

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 54.

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

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

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona, por lo general, es su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). También podría ser otro proveedor.
2. El profesional que expide recetas no debe estar en las listas de exclusión o preexclusión de Medicare.
3. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.

---

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



4. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.
  - Si no está ahí, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 194 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas.

## Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas .....	105
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red .....	105
A2. Cómo usar su tarjeta de ID de afiliado al surtir una receta médica .....	105
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red con la misma receta médica .....	105
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red .....	105
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada.....	106
A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener medicamentos .....	106
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo .....	108
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan .....	109
B. Lista de Medicamentos del plan.....	109
B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos.....	110
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos.....	110
B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos.....	111
B4. Niveles de la Lista de Medicamentos .....	112
C. Límites de algunos medicamentos.....	112

---

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



D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto .....	114
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	114
E. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	117
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	119
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan.....	119
F2. Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo .....	119
F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de pacientes terminales certificado por Medicare .....	120
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos .....	120
G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura .....	120
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos .....	121
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura.....	122

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, se cubrirán las recetas médicas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

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

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación (ID, por sus siglas en inglés) de afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan los medicamentos recetados cubiertos.

Si no tiene su tarjeta de ID de afiliado 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 comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado, la Línea de Consultas con Enfermería disponible las 24 horas o su administrador de atención.

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

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

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

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

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

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web, o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



## A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como una residencia de ancianos.
  - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, debe asegurarse de obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no pertenece a nuestra red, o bien tiene problemas para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) 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 al Departamento de Servicios al Afiliado o a su administrador de atención.

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

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

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

### Cómo surtir recetas médicas por correo

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

---

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



En general, obtendrá una receta médica de compra por correo dentro de los 10 o 14 días. Si su compra se demora, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

## Procesos de compra por correo

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

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

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

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

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

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

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

Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia complete y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

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

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.

---

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



- Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

### 3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

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

- Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de repetición automática, 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 nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

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

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

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

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

---

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



Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener información sobre los servicios de compra por correo, consulte la página 107 de la sección anterior.

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

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

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

- Viaja fuera del área de 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 federal u otra emergencia de salud pública.

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

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

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

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

---

## **B. Lista de Medicamentos del plan**

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

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

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

---

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



## B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

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

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

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

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

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

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

## B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

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

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan, [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com) o llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios al Afiliado. Con esta

---

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



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 enfermedad.

### **B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos**

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

Buckeye Health Plan no pagará por los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica para un medicamento excluido, deberá pagarla usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 200).

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

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

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

- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso.

---

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



- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica determina que usted debe hacerse pruebas y recibir servicios provistos solo por esta.

#### **B4. Niveles de la Lista de Medicamentos**

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

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (medicamentos recetados y medicamentos de venta libre no cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos con receta médica y de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) genéricos y de marca cubiertos por Medicaid Ohio.

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

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

---

### **C. Límites de algunos medicamentos**

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

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 194.

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

---

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





Por lo general, un medicamento “genérico” o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico y, generalmente, cuesta menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica o biosimilar sustituible de un medicamento de marca o un producto biológico original, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica o biosimilar sustituible.

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar sustituible no funcionará para usted o escrito “No sustituir” en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original o nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar sustituible, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

## 2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

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

## 3. Probar primero con un medicamento distinto

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

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

## 4. Aplicar límites de cantidad

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

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

---

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



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

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

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

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

### D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando tiene alguna de estas características:

- ya no está en la Lista de Medicamentos del plan; o
- nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan; o
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Usted ya estaba en el plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 100 días del año calendario.**
  - 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 tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



- Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en una farmacia de venta minorista y un suministro para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 100 días a partir de su afiliación 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 en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en una farmacia de venta minorista y un suministro para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en el plan por más de *90 días*, reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
  - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando usted es dado de alta de un hospital. También ocurre cuando ingresa en un centro de cuidado a largo plazo o sale de uno.
  - Si sale de un centro de cuidado a largo plazo u hospital para volver a su hogar y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total.
  - Si sale de su hogar o de un hospital para ingresar en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si en

---

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



su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total.

- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

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

- Puede cambiarlo por otro medicamento.

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

### **O BIEN**

- Puede solicitar una excepción.

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

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

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 194.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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.º de enero, pero Buckeye Health Plan puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

---

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



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

- **Se dispone de un nuevo medicamento genérico.** A veces, un nuevo medicamento genérico aparece en el mercado y funciona como un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos a partir de ese momento. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del medicamento nuevo permanecerá igual.

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 194 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre el cambio. Consulte a su médico sobre otras opciones.
- **Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le avisaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la Lista de Medicamentos. Estos cambios se pueden producir en los siguientes casos:
  - La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
  - Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y** actuamos de alguna de estas maneras:
    - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos ○
    - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la Lista de Medicamentos; ○

---

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



- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que expide recetas. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si existe un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar; o
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 194.

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

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

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

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

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

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

---

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



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

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

- Si está inscrito en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro de cuidado para pacientes terminales porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las afecciones relacionadas, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento, debemos recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de cuidado para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado para pacientes terminales o a el profesional que expide recetas que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si se va del centro de cuidado para pacientes terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado para pacientes terminales, consulte el Capítulo 4, Sección F1, página 98.

---

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

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

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

- medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo;
- medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo;

---

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





- medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo;
- medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico;
- medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

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

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

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

- cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma;
- las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos;
- cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos;
- las preguntas o los problemas que tenga sobre su receta médica y los medicamentos de venta libre.

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

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

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

---

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



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

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

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

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

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

Si pensamos que una o más de limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o una farmacia específicos.

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

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente un medicamento que requiere receta médica, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, el plan evaluará su caso y le informará sobre nuestra decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés). (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección F6, página 203).

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

---

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



- si usted tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme;
- recibe cuidado para pacientes terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida; o
- si vive 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

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

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

**Extra Help** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Extra Help también se denomina “Subsidio por Ingreso Bajo” o “LIS”.

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

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

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

---

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



- Capítulo 5 de este *Manual del Afiliado*.
  - En el Capítulo 5, Sección A, página 105, se informa cómo obtener los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye reglas que debe cumplir. También establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
  - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A1, página 105.
  - Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2, página 110), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo mostrado en la herramienta 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 al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

## Índice

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

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



---

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

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

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

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

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

---

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

### 1. Utilice su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado.

Muestre su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado cada vez que surta una receta médica. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte, lo que paga y lo que Medicare paga por usted.

### 2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

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

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

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

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

---

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

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

### C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los tres niveles. Usted no tiene que pagar ningún copago por los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre que



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

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 Rx y medicamentos OTC no cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos con receta médica y medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) genéricos y de marca cubiertos por Medicaid Ohio. El copago es de \$0.

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

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

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5, Sección A7, página 108 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 recetado que está cubierto a través de los siguientes:**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 109 para obtener más información.
<b>Nivel 1</b> <i>(medicamentos genéricos)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2</b> <i>(medicamentos de marca)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 3</b> <i>(medicamentos que requieren receta médica y medicamentos de venta libre no cubiertos por Medicare)</i>	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.



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

---

## D. Vacunas

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

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

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

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

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

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna.
- Podemos informarle cómo reducir costos utilizando proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. El proveedor 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, página 54.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Estas vacunas aparecen en la Lista de Medicamentos del plan. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés)** recomienda la vacuna para adultos, la vacuna será sin cargo.

---

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



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

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
  - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted no pagará nada. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas.
2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
  - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
  - Se cubrirá el costo de la aplicación.
  - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y se la aplican en el consultorio de su médico.
  - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
  - Se cubrirá el costo de la aplicación.

---

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

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

### Índice

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

---

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



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

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

**Si usted recibe una factura por la atención de salud o los medicamentos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos la factura.** Para saber cómo enviarnos una factura, consulte la página 133.

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

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

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

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

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

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

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



- Si usted ya pagó el servicio, nosotros trataremos con el proveedor para reembolsarle el monto a usted.

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

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

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

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

- Cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones de emergencia. En general, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:
  - Viaja fuera del área de 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 federal u otra emergencia de salud pública.

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

Siempre puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).

posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a su administrador de atención de salud al 1-866-549-8289 (TTY: 711) las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, si se le solicita que pague servicios, recibe una factura o si tiene alguna pregunta. Puede usar el formulario de la página 225 o solicitar al Departamento de Servicios al Afiliado que le envíe un formulario si quiere presentar información sobre la factura. También puede presentar la información a través de nuestro sitio web, [mmp.buckeyehealthplan.com/mmp/appeals-grievances.html](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, página 172), que ya haya recibido una decisión definitiva y el servicio no esté cubierto, y que haya decidido que igual quiere recibir el servicio aunque el plan no lo cubra.

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

- Estas son las excepciones:
  - Si necesita recibir servicios de atención de emergencia o de urgencia fuera de la red;
    -
  - Si recibe servicios en Centros de Salud Habilitados Federalmente, en clínicas de salud rural y de proveedores de servicios de planificación familiar calificados, que figuran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, solicítele que facture a Buckeye Health Plan.
  - Si el proveedor fuera de la red está aprobado por Buckeye Health Plan, usted no debe pagar nada.
  - Si este proveedor se niega a facturarle a Buckeye Health Plan y usted paga el servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado tan pronto como pueda para informarlo.
- Recuerde que, en la mayoría de los casos, usted debe obtener la aprobación del plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que necesite atención de emergencia o de urgencia, se encuentre en su período de transición de atención o que el proveedor no requiera aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés) 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 al Departamento de Servicios al Afiliado.

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

Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 31, para conocer las reglas que debe seguir a fin de recibir atención de salud, atención de salud del comportamiento y otros servicios. Consulte en el Capítulo 5, Sección A, página 105 las

reglas de obtención de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.

**3. 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 al Departamento de Servicios al Afiliado y pedir una copia o consultarlo en línea en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com) para tener la información más actualizada.

**4. Siempre lleve su tarjeta de ID de afiliado para mostrársela al proveedor o a la farmacia cuando reciba atención.**

Si olvidó la tarjeta de ID del afiliado con usted, solicite al proveedor que llame a nuestro plan al 1-866-296-8731 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Si su tarjeta se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una nueva.

---

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





## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

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

### Índice

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

---

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



G. Su derecho a recibir cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento cuando solicita un cambio.....	154
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud.....	155
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud.....	155
H2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud.....	156
H3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones .....	161
I. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	161
I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos .....	161
J. Sus responsabilidades como afiliado al plan .....	162
J1. Programa de recuperación de patrimonio .....	164

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid, y las leyes estatales sobre el programa Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

### A2. Aviso de No Discriminación

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

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

- Llame a la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services 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 Office for Civil Rights local al 1-866-227-6353. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

### A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

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

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

### A4. Contratistas independientes

La relación entre Buckeye Health Plan y cada proveedor participante es la de contratistas



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

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 médica. Los médicos participantes, y no Buckeye Health Plan, mantienen una relación médico-paciente con el afiliado. Buckeye Health Plan no es un proveedor de atención médica.

#### **A5. Fraude al plan de atención de salud**

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

Si le preocupa alguno de los cargos que aparece en una factura o en un formulario de Explicación de Beneficios o si se entera o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la línea directa de nuestro plan para denunciar fraudes al 1-866-549-8289 (TTY: 711). Esta línea funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

#### **A6. Circunstancias fuera del control de Buckeye Health Plan**

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

---

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

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



---

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

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. En el plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:
- Si desea recibir sus materiales en otro idioma o en un formato alternativo; o
- Si 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 el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar un reclamo, comuníquese con:

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

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

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

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



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

Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send future materials to you in 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 Hotline at 1-800-324-8680, Monday through Friday from 7 a.m. to 8 p.m. and Saturday from 8 a.m. to 5 p.m.. TTY users should call 7-1-1.
- Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

---

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

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a recibir todos los servicios que debe brindarle Buckeye Health Plan, y a elegir el proveedor que le brinde atención cuando sea posible y corresponda.
- Tiene derecho a estar seguro de que otras personas no lo escucharán ni lo verán mientras recibe atención médica.

---

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



- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D1, página 34.
  - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer de la red para recibir servicios cubiertos sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
  - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado urgentemente necesario sin aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés).
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4, página 37.

El Capítulo 9, Sección E, página 175 le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9, Sección D, página 172, también le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

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

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

- Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de la salud.

---

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



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

## D1. Cómo protegemos su PHI

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

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

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

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

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

## D2. Tiene derecho a ver su historia clínica

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

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

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

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

---

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





**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 CUIDADOSAMENTE.**

**Fecha de entrada en vigor: 03.01.2018**

For help to translate or understand this, please call 1-866-549-8289. TTY para personas con dificultades de audición: 711.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al teléfono 1-866-549-8289. (TTY: 711).

**DEBERES DE LAS ENTIDADES CUBIERTAS:**

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

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

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

- los usos o las divulgaciones;
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso

Todos los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web.

**PROTECCIÓN INTERNA DE LA PHI ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA:**

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



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

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

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

### **USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE SU PHI:**

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

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

---

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



- administración de casos y coordinación de la atención;
- revisión médica de reclamos y otras evaluaciones de calidad;
- actividades de mejoramiento.

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

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

### **OTRAS DIVULGACIONES PERMITIDAS O NECESARIAS DE LA PHI:**

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación caritativa o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción.** Podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre un pedido o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética en el proceso de contratación.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o adelgazar.

---

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



- **Según lo exija la ley.** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, debemos usar o divulgar esta información, en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y esté limitado a sus fines. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.
- **Víctimas de abuso y negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir dichos informes si consideramos razonablemente que se trata de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
  - orden de un tribunal;
  - orden de un tribunal administrativo;
  - citación;
  - notificación;
  - orden judicial;
  - solicitud de exhibición de pruebas;
  - otras solicitudes legales similares.
- **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite. Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:
  - orden judicial;
  - orden de un tribunal;
  - citación;
  - notificación emitida por un funcionario judicial;
  - citación de un gran jurado.

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



---

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

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

---

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



- **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario del orden público, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores, siempre y cuando se haya aprobado el estudio de investigación clínica y se hayan tomado medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:**

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

**Venta de la PHI.** Le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la PHI.

**Comercialización.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

**Notas de psicoterapia.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención médica.

### **DERECHOS DE LAS PERSONAS**

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si quiere ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Para eso, use la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización.** Puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito. Dicha revocación de su autorización debe realizarse por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente, salvo que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, así como también sobre las divulgaciones a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes se aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para

---

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



brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago, o las operaciones de atención de salud, a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.

- ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:*** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted quiere. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio o el lugar de comunicación. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar alternativo al que debemos enviar su PHI.
- ***Derecho a acceder a su PHI o a obtener copias de esta:*** usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer la PHI, que se encuentra en un conjunto de expedientes designados, u obtener copias de esta. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que esto no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito y le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados y cómo solicitar la revisión, o si el rechazo no puede ser revisado.
- ***Derecho a modificar su PHI:*** usted tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que quiere modificar, y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.
- ***Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:*** usted tiene derecho a recibir una lista de todas las oportunidades en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI en los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.

---

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



- **Derecho a presentar un reclamo:** si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que no respetamos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar un reclamo ante nosotros por teléfono mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Department of Health and Human Services de los EE. UU. y la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989), o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

### **NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.**

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento mediante la lista de información de contacto que aparece al final del aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

#### Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece a continuación.

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (MMP)  
 Attn: Privacy Official  
 4349 Easton Way, Suite 120  
 Columbus, OH 43219  
 1-866-549-8289  
 TDD/TTY: 711

---

## **E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos**

Como afiliado a Buckeye Health Plan, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Este es un servicio gratuito. También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande. En el plan Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que

---

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





usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si desea recibir sus materiales en otro idioma o en un formato alternativo; o
- Si 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 el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, por ejemplo:
  - información financiera
  - información sobre cómo hemos sido calificados por los afiliados al plan;
  - información sobre cuántas apelaciones presentaron los afiliados
  - información sobre cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
  - información sobre cómo elegir o cambiar de proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). 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.
  - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
  - información sobre 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 al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web, [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y sobre las normas que debe seguir, que incluyen:

---

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



- servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
- límites de cobertura y medicamentos
- reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9) que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - la presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
  - el cambio de una decisión que hayamos tomado
  - el pago de una factura que recibió

---

## F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si le pagamos al proveedor menos de lo que nos cobra. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 133.

---

## G. Su derecho a recibir cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento cuando solicita un cambio

- Tiene derecho a recibir los servicios de atención de salud a través de Original Medicare o un Medicare Advantage Plan.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica o un Medicare Advantage Plan.
- Consulte el Capítulo 10, Sección C, página 231, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o en un plan de beneficios de medicamentos que requieren receta médica.
- 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 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.

---

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



---

## H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

### H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones** y recibir información sobre todos los tipos de tratamientos disponibles de manera adecuada según su afección y capacidad de entendimiento.
- **Conocer los riesgos** y recibir información al respecto.
  - Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación.
  - Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión** consultando a otro proveedor de la red calificado antes de decidir qué tratamiento seguir.
  - Si no puede ver a un proveedor de la red calificado, coordinaremos una consulta con un proveedor fuera de la red sin cargo para usted.
- **Decir que no** y rechazar cualquier tratamiento o terapia.
  - Esto incluye el derecho a lo siguiente:
    - dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga;
    - dejar de tomar un medicamento.
  - Si rechaza el tratamiento, la terapia o el medicamento, el médico o Buckeye Health Plan deben explicarle las consecuencias de esta decisión. También deben agregar una nota al respecto en su expediente médico.
  - Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo sacaremos del plan.
  - Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.

---

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



- **Solicitar y recibir una explicación de parte nuestra sobre por qué un proveedor rechazó la atención** que usted consideraba que debía recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el Capítulo 9, Sección D, página 172, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.
- **Conocer los roles específicos de los profesionales estudiantes** y rechazar el tratamiento por parte de un estudiante.

## **H2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención de salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud en su nombre.**
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención de salud si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento vital y el poder notarial para atención médica son ejemplos de este tipo de documentos.

No tiene la obligación de utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo prefiere. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid, como el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores de Ohio y el Departamento de Salud de Ohio, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. 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. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la

---

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



persona que designe para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.

- Si será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una instrucción anticipada.

**Usted tiene derecho a utilizar instrucciones anticipadas para indicar qué tipo de atención médica quiere recibir.** A menudo, las personas se preocupan sobre el tipo de atención médica que podrían recibir si su estado de salud fuese crítico y no pudiesen expresar sus deseos.

Algunas personas no quieren pasar meses o años en tratamiento de soporte vital. Otros, en cambio, quieren que se tomen todas las medidas para prolongar la vida.

Usted puede indicar qué tipo de atención médica quiere recibir por escrito cuando está saludable y en condiciones de decidir. En el centro de salud, deben explicarle su derecho a indicar qué tipo de atención médica quiere recibir. También deben preguntarle si quiere dejar sus deseos por escrito.

Este documento describe sus derechos a aceptar o rechazar la atención médica, según la ley de Ohio. También explica cómo puede indicar qué tipo de atención médica quiere recibir si no pudiese tomar decisiones por sí mismo. Este documento no constituye asesoramiento legal, pero lo puede ayudar a comprender sus derechos según la ley.

### **¿Cuáles son mis derechos a elegir la atención médica que deseo recibir?**

Usted tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no quiere recibir determinado tipo de atención, tiene derecho a decírselo a su médico.

### **¿Qué sucede si mi estado es crítico y no puedo decidir? ¿Qué ocurre si no puedo expresar mis deseos?**

Generalmente, las personas pueden hablar con los médicos sobre sus deseos de atención médica. Pero, en ciertos casos, pueden entrar en un estado crítico y verse imposibilitados de expresar qué tipo de atención médica quieren recibir. Según la ley de Ohio, usted tiene derecho a completar un formulario mientras está en condiciones de actuar en su nombre. El formulario le explica a su médico cuáles son sus deseos en caso de que no pueda expresarse.

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

Según las leyes de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o instrucciones anticipadas, que



---

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

puede utilizar: testamento vital, orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés), poder legal para atención de salud (también conocido como poder legal para atención de salud permanente) y declaración sobre tratamiento de salud mental. Usted puede completar una instrucción anticipada mientras se encuentre en condiciones de actuar por sí mismo. La instrucción anticipada permite que su médico y otras personas conozcan sus deseos sobre la atención médica que quiere recibir.

### **¿Es necesario que complete un formulario de instrucción anticipada antes de recibir atención médica?**

No. Nadie puede obligarlo a completar un formulario de instrucción anticipada. Usted decide si quiere completarlo.

### **¿Quién puede completar una instrucción anticipada?**

Cualquier persona mayor de 18 años, en su sano juicio y capaz de tomar sus propias decisiones, puede completar un formulario.

### **¿Necesito un abogado?**

No. No necesita un abogado para completar una instrucción anticipada.

### **¿Las personas que me brindan atención médica están obligadas a respetar mis deseos?**

Sí, siempre y cuando sus deseos cumplan con las leyes estatales. Sin embargo, es posible que la persona que le brinda atención médica no pueda respetar sus deseos, e invoque objeciones de conciencia. En ese caso, lo ayudarán a encontrar a otra persona que respete sus deseos.

### **Testamento vital**

Un testamento vital dispone en qué medida quiere que se utilicen métodos de soporte vital para prolongar la vida. Este documento entra en vigor solo si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Usted entra en un estado de coma irreversible.
- no existe tratamiento médico disponible y no tiene posibilidades de mejoría ni puede expresar sus deseos;
- Su estado es terminal y no puede expresar sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben cumplir con los deseos expresados en su testamento vital. El testamento vital les da el derecho a respetar su voluntad. Usted es la única persona que puede modificar o cancelar su testamento vital, y puede hacerlo en cualquier momento.

### **Orden de no reanimar**

Una orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés) es una orden escrita por un médico o, en ciertos casos, un enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica certificados. En esta orden, se instruye a los proveedores de atención de salud a no practicar reanimación cardiopulmonar. En Ohio, existen dos tipos de órdenes de no reanimar: 1. Cuidados

---

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



paliativos con orden de no reanimar. 2. Cuidados paliativos con orden de no reanimar en caso de paro cardíaco. Hable con su médico sobre estas opciones.

### **Poder legal para atención de salud**

El poder legal para atención de salud es diferente a otros tipos de poderes legales. Este documento solo describe el poder legal para atención de salud. No describe otros tipos de poderes legales. El poder legal para atención de salud le permite elegir a una persona para que cumpla sus deseos de atención médica. La persona actúa en su nombre si usted no está en condiciones de hacerlo, por un período breve o prolongado.

#### **¿A quién puedo elegir?**

Puede elegir a cualquier adulto, familiar o amigo en quien confíe para que actúe por usted cuando no pueda hacerlo por sí mismo. Asegúrese de hablar con esa persona sobre sus deseos. Luego, deje por escrito qué atención médica quiere y la que no. También debería hablar con su médico sobre lo que quiere. La persona que elija debe respetar sus deseos.

#### **¿Cuándo entra en vigor el poder legal para atención de salud?**

El formulario solo entra en vigor si usted no puede tomar decisiones sobre su atención de salud. El poder le permite a su familiar o amigo interrumpir cualquier método de soporte vital en las siguientes situaciones:

- Si se encuentra en estado de coma irreversible, - O BIEN -
- Si su estado es terminal.

### **Declaración sobre tratamiento de salud mental**

La declaración sobre tratamiento de salud mental se centra específicamente en la atención de salud mental. Le permite designar a un representante, mientras sea capaz, para tomar decisiones en su nombre cuando usted ya no esté capacitado para hacerlo. Además, en la declaración puede dejar por escrito determinados deseos en relación con el tratamiento. Por ejemplo, puede dejar constancia de sus preferencias sobre tratamientos y medicamentos, o sobre admisiones y retenciones en un centro.

#### **¿Cuál es la diferencia entre un poder legal para atención de salud y un testamento vital?**

El testamento vital explica, por escrito, cuáles son sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital si usted no está en condiciones de expresar sus deseos. El poder legal para atención de salud le permite elegir a una persona para hacer cumplir su voluntad sobre la atención médica que quiere recibir cuando usted no puede actuar por sí mismo.

#### **Si tengo un poder legal para atención de salud, ¿necesito también un testamento vital?**

Tal vez le convengan ambos. Cada documento trata diferentes aspectos de su atención médica.

#### **¿Puedo modificar mis instrucciones anticipadas?**

---

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



Sí, puede modificar sus instrucciones anticipadas siempre que lo desee. Es una buena idea que revise de vez en cuando sus instrucciones anticipadas para asegurarse de que aún reflejen sus deseos y abarquen todos los aspectos.

### **Si no tengo instrucciones anticipadas, ¿quién decide qué tipo de atención médica recibo si no estoy en condiciones de hacerlo?**

La ley de Ohio permite que sus familiares más cercanos decidan la atención médica que recibe si su estado es terminal y no puede actuar por sí mismo.

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

Generalmente, los proveedores o centros de atención médica tienen formularios de instrucciones anticipadas. También puede conseguirlos en el sitio web de Midwest Care Alliance:

[www.midwestcarealliance.org](http://www.midwestcarealliance.org)

### **¿Qué hago con los formularios después de completarlos?**

Debe entregar copias a su médico y al centro de salud para que las adjunten a su historia clínica. También entrégueles una copia a un familiar o a un amigo de su confianza. Si eligió a una persona en un poder legal para atención de salud, entréguele una copia a esa persona. Conserve una copia con sus papeles personales. Recomendamos entregarles una copia a su abogado o a su clérigo. Asegúrese de informarles a sus familiares o amigos si tomó estas medidas. No se trata de guardar los formularios y olvidarse de ellos.

### **Donación de órganos y tejidos**

Los residentes de Ohio pueden elegir si quieren ser donantes de órganos y tejidos luego de su muerte. Al expresar su preferencia, pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos inmediatamente, y evitar que sus familiares y seres queridos tengan que tomar esa decisión en un momento, de por sí, ya muy difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Otros ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

### **Existen dos formas de registrarse como donante de órganos y tejidos:**

(1) Puede indicar sus deseos de convertirse en donante de órganos y tejidos cuando obtiene o renueva su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de ID. estatal,

O

(2) También puede registrarse como donante de órganos en línea a través del sitio web del Registro de donantes de Ohio: [www.donatelifeoio.org](http://www.donatelifeoio.org)

---

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





### H3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Ohio llamando al 1-800-342-0553 o enviando un correo electrónico a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).

---

## I. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9, Sección C, página 171, le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar 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 los reclamos que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

## I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Usted es libre de ejercer sus derechos y tener la certeza de que Buckeye Health Plan, nuestros proveedores de la red, Medicare o el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias.

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en el Capítulo 11, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

- Departamento de Servicios al Afiliado.
- Línea directa de Medicaid de Ohio: 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Llame a 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 consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Sus Derechos y Protecciones en Medicare) que se encuentra en el sitio web de Medicare: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

---

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



- Defensoría de MyCare Ohio en la oficina de la Defensoría de Atención a Largo Plazo del estado: 1-800-282-1206 (TTY Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Consulte el Capítulo 2, Sección H, página 27 para obtener más información sobre esta organización.

---

## J. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

- **Lea el *Manual del Afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
- Servicios cubiertos: consulte el Capítulo 3, Sección A, página 31, y el Capítulo 4, Sección A, página 51. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
- Medicamentos cubiertos: consulte el Capítulo 5, Sección A, página 105, y el Capítulo 6, Sección C, página 127.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica que tenga.** Se nos exige asegurarnos de que usted utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

---

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



- Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para casi todos los afiliados a Buckeye Health Plan, Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B. Si paga las primas de la Parte A o la Parte B y cree que Medicaid debería haberlas pagado, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado y pedir ayuda.
  - Para algunos de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de obtener el medicamento. **Si usted obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, es posible que deba pagar el servicio o medicamento.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
  - **Si se muda fuera del área de 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. El Capítulo 1, Sección D, página 9, le informa sobre nuestra área de servicios.
  - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicios. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
  - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección F, página 25, y la Sección G, página 26 para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medicaid.

---

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



- **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted. Consulte el Capítulo 1, Sección K, página 15, para obtener más información. También debe notificar al asistente social del condado en el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

### **J1. Programa de recuperación de patrimonio**

Si usted está institucionalizado de forma permanente o tiene 55 años o más cuando obtiene beneficios de Medicaid, el Programa de recuperación de patrimonio le permite recuperar los pagos de su patrimonio por el costo de su atención pagada por Medicaid de Ohio. El costo de su atención puede incluir el pago de capitación que Medicaid de Ohio paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago es mayor que el costo de los servicios que recibió. Se procede a la recuperación del patrimonio después de su muerte.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 un reclamo. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o un reclamo sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios finalizan demasiado pronto.

**Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

### Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención. Sin embargo, es posible que, en ocasiones, tenga problemas para obtener atención, o no esté satisfecho con la manera en que se prestaron los servicios o la forma en que lo trataron. En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para tratar los problemas y 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, página 27, y obtenga más información sobre los programas de defensoría.

---

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



## Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema .....	168
A1. Acerca de los términos legales .....	168
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda.....	168
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia.....	168
C. Problemas relacionados con sus beneficios .....	171
C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para presentar un reclamo? .....	171
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	172
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	172
D2. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará .....	173
E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D) .....	175
E1. Cuándo utilizar esta sección .....	175
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	177
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	180
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) .....	185
E5. Problemas con pagos .....	190
F. Medicamentos de la Parte D.....	192
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.....	192
F2. Qué es una excepción .....	194
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones .....	195

---

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



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
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	200
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	203
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada .....	204
G1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	205
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	206
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital .....	208
G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación .....	209
H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) de Medicare terminan demasiado pronto .....	211
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura.....	212
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención .....	212
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención .....	215
H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1 .....	216
I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 .....	218
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare .....	218
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid .....	218
J. Cómo presentar un reclamo .....	219
J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos.....	219
J2. Reclamos internos.....	221
J3. Reclamos externos.....	222
J4. Formulario de reclamo y apelación del afiliado .....	224

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 relacionado con el plan, los servicios o el pago. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

### A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles que se utilizan para algunas de las reglas y los plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, usaremos lo siguiente:

- “presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

---

## B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

### B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, tal vez no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente. Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes recursos.

#### Cómo recibir ayuda del Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan

En el Departamento de Servicios al Afiliado pueden ayudarlo con cualquier problema o 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 hacer un reclamo (también llamada “queja formal”). 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).





- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. 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 en la página 225 de este capítulo o llame al Departamento de Servicios al Afiliado 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 ID (por sus siglas en inglés) de afiliado a Buckeye Health Plan, su dirección y teléfono. También debería enviar toda información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

Para preguntas médicas, problemas, reclamos o apelaciones:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
7700 Forsyth Blvd  
St. Louis, MO 63105

Para apelaciones de medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Medicare Part D Appeals  
PO Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

Para preguntas, problemas o reclamos sobre medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
7700 Forsyth Blvd  
St. Louis, MO 63105

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 de Medicaid de Ohio. En la línea directa, pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. La línea directa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 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, página 27 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

La Defensoría de MyCare Ohio es un defensor independiente y no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 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 que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare, [www.medicare.gov](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 o proveedor que haya solicitado el servicio pueden presentar una apelación de nivel 1 en su nombre.
  - Si quiere que su médico u otro proveedor actúen en su nombre durante una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid o una audiencia ante el estado, es necesario que los designe como sus representantes por escrito.

---

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



- 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 al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante. También puede obtener el formulario en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com). El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante.
- Puede hablar con un abogado. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Si quiere obtener información sobre asesoramiento legal gratuito, puede comunicarse con la oficina de asistencia legal más cercana o con la línea gratuita de Asistencia legal de Ohio al 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un Representante. Tenga en cuenta que **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación o reclamo.

---

## C. Problemas relacionados con sus beneficios

### C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para presentar un reclamo?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



<b>¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?</b>  (Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica (artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B que requieren receta) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica).	
<b>Sí.</b>  Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.  Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> , en la página 172.	<b>No.</b>  Mi problema no está relacionado con los beneficios ni con la cobertura.  Vaya a la <b>Sección J: “Cómo presentar un reclamo”</b> , en la página 219.

---

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B que requieren receta, incluido el pago).

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no saben si Medicare o Medicaid cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no son médicamente necesarios, no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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, en la página 168.

### D2. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Nosotros dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la **Sección E**, página 175, se le brinda información si tiene problemas para recibir atención médica o artículos; servicios dentales y de vista; servicios de salud del comportamiento; servicios y apoyo a largo plazo, y medicamentos recetados (que **no** sean medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
  - No obtiene la atención médica que quiere y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
  - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
    - **NOTA:** Solo use la sección E para problemas con los medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que, en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, se indican con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la **Sección F**, en la página 192, para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.
  - Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.
  - Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que paguemos los servicios para que le hagan el reembolso.
  - Se le informa que la cobertura de una atención que ha obtenido se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las **Secciones G y H**, en las páginas 204 y 211.

---

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



- Su solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión es un proceso formal que se denomina apelación.
- En la **Sección F**, en la página 192, se brinda información si tiene problemas relacionados con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
  - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
  - Quiere solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
  - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) o aprobación.
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted y su médico, u otro profesional que expide recetas, consideran que debemos hacerlo.
  - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado para que le hagan el reembolso. (Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección G**, en la página 204, le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da el alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
  - Usted está en el hospital y considera que el médico lo da el alta demasiado pronto.
- En la **Sección H**, en la página 211, se le brinda información en caso de que considere que la atención médica en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Defensoría de MyCare Ohio, al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

---

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



## E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

### E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas relacionados con artículos o beneficios de atención médica, los servicios dentales y de la vista, los servicios de salud del comportamiento, y los servicios y apoyo a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos que, en la Lista de Medicamentos, están marcados como “NT” no están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las situaciones mencionadas a continuación:

1. Considera que cubrimos algún servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2**, en la página 177, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. Quiere que cubramos un beneficio que requiere aprobación del plan (llamada también autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)) antes de recibir el servicio.

**Qué puede hacer:** Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2**, en la página 177, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

**NOTA:** Consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, Sección D, página 54, para obtener una lista de los servicios cubiertos e información sobre qué servicios requieren PA de nuestro plan. Consulte la Lista de Medicamentos para ver qué medicamentos requieren PA. También puede consultar las listas de los servicios y medicamentos que requieren PA en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).

3. No aprobamos la atención que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

**Qué puede hacer:** Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Consulte la **Sección E3**, en la página 180, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

---

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



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 **Sección E3**, en la página 180, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

5. Usted recibió los servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.

**Qué puede hacer:** Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Consulte la **Sección E3**, en la página 180, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

6. Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para hacerle un reembolso por esos servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Nos puede pedir que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para hacerle un reembolso. Consulte la **Sección E5**, en la página 190, para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura para determinado servicio o artículo, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio. Consulte la **Sección E3**, en la página 180, 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 recibiendo durante el proceso de apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 185.

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), se aplican reglas especiales. Lea las **Secciones G o H**, en las páginas 204 y 211, 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**, en la página 219, para obtener información sobre cómo hacer un reclamo. Consulte la **Sección E3**, en la página 180, para obtener información sobre cómo presentar una apelación de 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).





**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**, en la página 219, 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 **Sección E4**, en la página 185, para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante el estado. Tenga en cuenta que si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, automáticamente enviaremos su apelación al nivel 2 si no le damos una respuesta dentro de los plazos establecidos.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso le conviene utilizar, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

## E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

**Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, un artículo o un medicamento de Medicaid** (vaya a la Sección F para los medicamentos de la Parte D de Medicare)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su médico o representante autorizado que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax al 1-866-704-3064
- Puede escribirnos a la siguiente dirección: Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
349 Easton Way, Suite 120  
Columbus, OH 43219

Recuerde que debe completar el formulario de Designación de un Representante para nombrar a un representante autorizado. También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante. Para obtener más información, consulte la **Sección B1**, en la página 168.

---

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



### ¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre los medicamentos que requieren receta médica de Medicaid o Medicare Parte B en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre el resto de los servicios o artículos dentro de los 10 días corridos después de la solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 10 días corridos (o de 72 horas por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.

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 corridos más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

### ¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicítenos que tomemos una decisión 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 Parte 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 corridos más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

### Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura, primero llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que quiere.
- Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-866-704-3064. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el **Capítulo 2**, Sección A, página 18.
- El médico o su representante autorizado también pueden llamarnos.

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



### Estas son las reglas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

Usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que aún no ha recibido**. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita el 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 Parte B, y de 10 días corridos para el resto de los servicios o artículos.
  - Si su médico considera que necesita una decisión rápida sobre la cobertura, tomaremos una automáticamente.
  - Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar 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 Parte B) para tomar la decisión.
    - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, la tomaremos automáticamente.
    - En la carta también se informará cómo presentar un "reclamo rápido" en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**, en la página 219.

### Si la decisión de cobertura es "no", ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es "no", le enviaremos una carta en la que se detallen las razones correspondientes.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación implica que se nos solicita que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

---

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



### **E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para 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 escrito. Lea la sección “¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?” en la página 181 si quiere más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750). La Defensoría de MyCare Ohio no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

#### **¿Qué es una apelación de nivel 1?**

---

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



Una apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

### ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) o escribirnos a la siguiente dirección:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
7700 Forsyth Blvd  
St. Louis, MO 63105

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o utilizar el formulario de apelación/reclamo que se encuentra en la página 225. Asegúrese de que figuren su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de la tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado a Buckeye Health Plan, su dirección y teléfono. También debería incluir toda información que ayude a explicar su problema.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el **Capítulo 2**, Sección A, página 18.
- Puede solicitarnos una apelación estándar o una apelación rápida.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**

### ¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

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

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.



**Sí.** Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. También puede hacerlo persona, pero primero usted debe completar el formulario Designación de un Representante. El formulario le otorga a otra persona un permiso para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, su solicitud de apelación será rechazada. En tal caso, tendrá derecho a que otra persona revise la denegatoria. Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Para obtener un formulario de Designación de Representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite uno, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com). También podemos aceptar una carta u otro formulario adecuado para autorizar a un representante.

**Si la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico o el proveedor que solicitó los servicios,** debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Si quiere que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en su nombre para los servicios cubiertos solo por Medicaid, debemos recibir su autorización por escrito.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son los siguientes: tiene una enfermedad grave, o le proporcionamos información incorrecta sobre los plazos para solicitar una apelación. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.

**NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?”, en la página 185, para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

**Sí.** Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### ¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

**Sí,** usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

---

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



### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

En caso de necesitar más información, se la podríamos solicitar a usted o a su médico.

### ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 15 días corridos desde la recepción de su apelación (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días corridos más, si usted o su proveedor solicitan más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos que necesitamos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionaremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**, en la página 219.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días corridos (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B) o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la **Sección E4** en la página 185). Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4** en la página 185).

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** en la página 219).

**Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar el servicio en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B).

---

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



**Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2 (consulte la **Sección E4** en la página 185). Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4** en la página 185).

### ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria para decidir su apelación. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días corridos más, si usted o su proveedor solicitan más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si demoramos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionaremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**, en la página 219.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la **Sección E4** en la página 185). Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4** en la página 185).

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** en la página 219).

**Si aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

**Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2 (consulte la **Sección E4** en la página 185). Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o

---

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





artículo de Medicaid, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4** en la página 185).

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

**Sí**, mientras cumpla ciertos requisitos. Si habíamos aprobado previamente la cobertura de un servicio y luego decidimos modificar o interrumpir ese servicio antes del vencimiento del período de autorización, le enviaremos una carta, al menos, 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben **solicitar una apelación en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar recibiendo servicios durante la apelación:

- Dentro de los 15 días corridos a partir de la fecha del envío de nuestro aviso de acción; o
- En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.

Si continúan los beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra alguna de las siguientes opciones: 1. Usted retira la apelación. 2. Pasan 15 días luego de que notificamos que **rechazamos** su apelación.

**NOTA:** A veces, sus beneficios pueden continuar aunque **rechacemos** su apelación. Si el servicio está cubierto por Medicaid y usted solicita una audiencia ante el estado, quizás pueda continuar recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias Estatales tome una decisión. Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2. Para obtener más información, consulte la **Sección E4**, en la página 185.

## E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

### Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** en forma parcial o total la apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo están principalmente cubiertos por Medicare o Medicaid.

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta le informarán que puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 185 de esta sección si quiere información sobre las audiencias ante el estado.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) apenas se complete la apelación de nivel 1.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 185 de esta sección si quiere información sobre las audiencias ante el estado.

### ¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación sobre un servicio o artículo. La apelación de nivel 2 se revisa por una organización independiente que no se relaciona con nosotros.

### **Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?**

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado.

### ¿Qué es la audiencia ante el estado?

Una audiencia ante el estado es una reunión entre usted y su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de la audiencia que pertenece a la Oficina de Audiencias Estatales, dentro del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Allí, explicará por qué cree que nuestro plan no tomó la decisión adecuada y nosotros explicaremos por qué tomamos tal decisión. El funcionario de la audiencia escuchará y luego decidirá quién tiene razón, teniendo en cuenta la información ofrecida y las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito que informa su derecho a solicitar una audiencia ante el estado. Si usted participa en el programa de exención de MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos en la audiencia ante el estado. Consulte el *Manual del Afiliado del Programa de Exención Comunitaria y en el Hogar* para obtener más información sobre sus derechos.

### ¿Cómo solicito una audiencia ante el estado?

Para solicitar una audiencia ante el estado, usted o su representante autorizado debe comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 90 días corridos** a partir de la fecha en que enviamos el aviso sobre sus derechos en la audiencia ante el estado. Estos 90 días corridos comenzarán a partir del día siguiente a aquel que figura en el aviso que enviamos por correo. Si no cumple con el plazo de 90 días corridos y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que la Oficina de Audiencias Estatales le ofrezca más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una apelación de nivel 1 antes de poder solicitar una audiencia ante el estado.

**NOTA:** Si quiere que alguien lo represente, como su médico u otro proveedor, debe dar aviso por escrito a la Oficina de Audiencias Estatales. Allí debe indicar que quiere que esa persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de audiencia ante el estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario. También puede presentar su solicitud por

---

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



correo electrónico a [bsh@ifs.ohio.gov](mailto:bsh@ifs.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 corridos. 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 que 3 días hábiles luego de que la Oficina de Audiencias Estatales reciba su solicitud.

### Mi problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare ¿Qué ocurrirá en la apelación de nivel 2?

Si rechazamos su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la 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 necesita solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de su expediente, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### ¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de la IRE?

- La IRE deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días corridos desde la recepción de su apelación (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.
  - Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días corridos más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

---

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



- Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación.
  - Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días corridos más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

### ¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, enviaremos automáticamente la apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia ante el estado. Para solicitar una audiencia ante el estado, siga las instrucciones en esta sección en la página 185.

### ¿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 corridos a partir de la fecha del envío de nuestra carta que le informa que rechazamos su apelación de nivel 1; **o**
  - En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.
- Si el problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **solo por Medicare**, los beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés).
- Si el problema está relacionado con un servicio principalmente cubierto **por Medicare y Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la IRE. Si solicita una audiencia ante el estado,

---

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



puede continuar recibiendo los beneficios mientras la audiencia se encuentre pendiente si presenta su solicitud dentro de los plazos descritos a continuación.

Si continúan los beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra alguna de las siguientes opciones: 1. Usted retira la apelación. 2. Todas las entidades que tuvieron su apelación de nivel 2 (la IRE o la Oficina de Audiencias Estatales) decidieron **rechazar** su solicitud.

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 fuera una audiencia ante el estado, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará por correo postal la decisión de la audiencia.

- Si la decisión de la audiencia es **positiva** (ha lugar) para su solicitud, en forma total o parcial, dicha decisión detallará claramente lo que nuestro plan debe hacer para encontrar una solución al problema. Si no comprende la decisión o tiene preguntas sobre cómo recibir el servicio o el pago, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda.
- Si la decisión de la audiencia es **negativa** (no ha lugar) para su solicitud, en forma total o parcial, significa que la Oficina de Audiencias Estatales está de acuerdo con la decisión del nivel 1. La decisión de la audiencia ante el estado explicará a la Oficina de Audiencias Estatales las razones por las que denegó su solicitud y le informará su derecho a solicitar una apelación administrativa.

Si su apelación de nivel 2 pasa a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará una carta en la que explica su decisión.

- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial la solicitud que usted hizo en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 14 días corridos desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial lo que solicitó en la apelación estándar por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento o brindárselo en un plazo de 72 horas desde la recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar el medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B o brindárselo en un plazo de 24 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

---

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



## **Yo apelé ante la Entidad de Revisión Independiente y la Oficina de Audiencias Estatales por servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué ocurre si no deciden lo mismo?**

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden **aceptar** en forma total o parcial su solicitud, le brindaremos el servicio o el artículo aprobado que sea más cercano al que solicitó en la apelación.

## **Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si su apelación de nivel 2 es una audiencia ante el estado, usted puede apelar nuevamente y solicitar una apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe obtener su solicitud de apelación administrativa dentro de los 15 días corridos 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 le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la **Sección I**, en la página 218, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

## **E5. Problemas con pagos**

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Una opción es pagar al proveedor para que este pueda reembolsar su pago; otra opción es que el proveedor acuerde cancelar la facturación del servicio.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted quizás necesite nuestra ayuda por un pago que hizo a un proveedor o para pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago. El Capítulo 7 también ofrece información para no volver a tener problemas con los pagos.

## **¿Puedo solicitarles que me reembolsen el monto de un servicio o artículo que ya pagué?**

---

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



Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso, siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, trataremos con el proveedor para reembolsar su dinero.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

### ¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección E3**, en la página 180. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días corridos a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Se lo notificaremos a través de una carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagar, enviaremos a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días corridos. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago al proveedor en un plazo de 60 días corridos.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.) La carta que reciba tendrá información sobre los

---

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



derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la **Sección I**, en la página 218, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid, puede solicitar una audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4** en la página 185).

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados como “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “NT” siguen el proceso descrito en la **Sección E**, en la página 175.

#### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

**Sí.** A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
  - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos del plan.
  - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

**NOTA:** Si en la farmacia le indican que no se podrá surtir su receta médica, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

---

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





- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago. Recuerde que usted no debería pagar ningún servicio médicamente necesario cubierto por Medicare y Medicaid. Si debe pagar el costo total de un medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda.

**El término legal** para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones de cobertura **y** apelaciones.

Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:

---

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



**¿En cuál de estas situaciones se encuentra?**

<p>¿Necesita un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede solicitar que hagamos una excepción.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección F2</b>, en la página 194. Consulte también las <b>Secciones F3 y F4</b>, en las páginas 195 y 196.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de la Lista de Medicamentos y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Vaya a la <b>Sección F4</b>, en la página 196.</p>	<p>¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p><b>Puede solicitar que le hagamos un reembolso.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la <b>Sección F4</b>, en la página 196.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo quiere?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la <b>Sección F5</b>, en la página 200.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**F2. Qué es una excepción**

Una excepción es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la Lista de Medicamentos o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos, o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

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



Al solicitar una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

A continuación, se presentan ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otro profesional que expide recetas, pueden solicitar que hagamos:

1. Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, Sección B, página 109).
  - Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
    - Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa” (PA, por sus siglas en inglés)).
    - Requerir que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
    - Aplicar límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener.

**El término legal** para solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una “**excepción a la lista de medicamentos**”.

### 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 entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Tomaremos nuestra decisión sobre la excepción con mayor rapidez si usted incluye esta información de su médico u otro profesional que expide recetas al momento de solicitar 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



En general, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, no aprobaríamos su solicitud de una excepción.

#### **Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción**

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La **Sección F5**, en la página 200, le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que **rechacemos** su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

#### **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**

---

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



## Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere. Llámenos, escribanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden encargarse de esto. Puede llamarnos al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la **Sección B**, en la página 168, para obtener información sobre cómo otorgar un permiso para que otra persona actúe como su representante.
- No necesita otorgar un permiso escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si pagó un medicamento y cree que debería haber tenido cobertura, lea el **Capítulo 7**, Sección A, página 133 de este manual. El Capítulo 7 también le indica cómo llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o enviarnos los documentos para solicitar que cubramos un medicamento.
- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo. Su médico u otro profesional que expide recetas deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Denominamos a esto “declaración de respaldo”.

### Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago de la Parte D

Llámenos, escribanos o envíenos un fax para solicitárnosla o pídale a su representante, a su médico o a otro profesional que expide recetas que la soliciten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días corridos.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otro profesional que expide recetas.
- Usted, el médico u otro profesional que expide recetas pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

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



- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración.

### **Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura**

Utilizaremos plazos estándares, salvo que acordemos utilizar plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).

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**.

Si el médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente aceptaremos tomarla y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otro profesional que expide recetas), nosotros decidiremos si tomaremos una decisión rápida sobre la cobertura o no.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
  - Le enviaremos una carta para informárselo. La carta le informará cómo presentar un reclamo acerca de nuestra determinación de tomar una decisión estándar.
  - Usted puede presentar un "reclamo rápido" y obtener una respuesta a el reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección J**, en la página 219.

---

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



### Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o profesional que expide recetas que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico o del profesional que expide recetas que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o profesional que expide recetas. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de respaldo de su médico o el profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días corridos desde de la recepción de su solicitud.

---

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



- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago a la farmacia en un plazo de 14 días corridos. La farmacia hará el reembolso.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

## F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

Para empezar una apelación, usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.

Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo por escrito. Para solicitar una apelación, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si quiere una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono.

Presente su apelación en un plazo de 60 días corridos a partir de la fecha en la que le enviemos el aviso para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, entre los buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentra el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico, el profesional que expide recetas o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

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





posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo quiere, usted y su médico, u otro profesional que expide recetas, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

### Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si apela una decisión tomada por el plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y el médico, u otro profesional que expide recetas, deberán decidir si necesita 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**, en la página 196.

**El término legal** para “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”.

### El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otro profesional que expide recetas, para obtener más información. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

### Plazos para una apelación rápida

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

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



- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

### Plazos para una apelación estándar

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días corridos desde la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días corridos desde la recepción de su apelación. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación rápida.
- Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días corridos, o 14 días corridos si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero, a más tardar, a los 7 días corridos desde la recepción de su apelación\_o a los 14 días corridos si nos solicitó el reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 30 días corridos desde la recepción de su solicitud de apelación. La farmacia hará el reembolso.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

---

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



## F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre la decisión en la apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos a ellos su expediente del caso automáticamente. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, un médico u otro profesional que expide recetas, o su representante pueden presentar la apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

**El término legal** para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

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



## Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) una apelación rápida.
- Si la IRE autoriza una apelación rápida, debe responder a su apelación de nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas posteriores a obtener la decisión.

## Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe responder su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o de 14 días corridos si nos solicitó que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
  - Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento en un plazo de 72 horas posteriores a obtener 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 corridos 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 denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el monto mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE con la decisión de la apelación de nivel 2 le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

---

## G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

---

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



Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que debe dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

## G1. Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma en este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

---

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



- Para leer una copia de este aviso por adelantado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. 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 es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.

## G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, debe presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

### Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada. El aviso Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si usted llama antes de irse, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin tener que pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- Si usted no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta planificada.

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



- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la **Sección G4**, en la página 209.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. 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).

### ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

### Solicite una revisión rápida

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una revisión rápida significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

**El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.**

### ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores leerán su expediente médico, hablarán con el médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted recibirá una carta que le informará su fecha de alta planificada. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto que se le dé el alta en esa fecha.

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



**El término legal** para esta explicación por escrito se denomina “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede recibir una copia si llama al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia del aviso en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](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, nosotros deberemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la continuidad de la hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2.

### G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

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





Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días corridos** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días corridos a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### **Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

#### **¿Qué sucede si se acepta su apelación?**

- Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la decisión de su primera apelación. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

#### **¿Qué sucede si se rechaza su apelación?**

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

#### **G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación**

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

---

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



## Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que es de 60 días o antes de su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una revisión rápida.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
  - También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, implica que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.
- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

### Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

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



## Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J, en la página 219, indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación sobre su alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

### Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

---

## H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) de Medicare terminan demasiado pronto

---

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



Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.
  - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de esta atención, nosotros interrumpiremos el pago de su atención.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### **H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**

Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que interrumamos el pago de su atención. Esto se denomina Aviso de No Cobertura de Medicare. En la notificación por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Esto **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Cuando finalice su cobertura, interrumpiremos el pago de los costos de su atención.

### **H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención**

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar la apelación, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

---

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



- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La **Sección J**, en la página 219, le indica cómo presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. 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, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informamos que íbamos a dejar de cubrir su atención.

#### **Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite una "apelación por vía rápida".

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

#### **¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?**

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

#### **¿Qué debe solicitar?**

Solicíteles que realicen una "apelación por vía rápida". Esta es una revisión independiente de si es médicamente adecuado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

#### **¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?**

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.

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



- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la **Sección H4**, en la página 216.

**El término legal** para el aviso escrito es **“Aviso de No Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consulte una copia en línea en <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 les preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la que explique por qué los servicios deberían terminar.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explicará la decisión.

**El término legal** para la carta que explica por qué sus servicios deberían finalizar es **“Explicación Detallada de No Cobertura”**.

### ¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces nosotros debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

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



### ¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que se le informó. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esa atención.

### H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el nivel 1. Si ellos están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días corridos** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días corridos a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.



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

### ¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con la apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

## H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

### Apelación alternativa de nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud de una revisión rápida.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.



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



- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que interrumpir la prestación de sus servicios fue médicamente adecuado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en el que le informamos que se interrumpirían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios. Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

### **Apelación alternativa de nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo**

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar un reclamo. La **Sección J**, en la página 219, indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.

#### **Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención**

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

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



- **Si la IRE acepta** su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

---

## I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

### I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés). La persona que toma la decisión sobre una apelación de nivel 3 es un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez o un abogado mediador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted solicita deberán alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o un abogado mediador vea su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, podrá tener el derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Defensoría de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

### I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid

Si tuvo una audiencia ante el estado por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de esta audiencia fue denegar su solicitud (no a su favor), también tiene el derecho de realizar apelaciones adicionales. La decisión de la audiencia ante el estado explicará cómo solicitar una apelación administrativa presentando su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales debe obtener su solicitud dentro de los 15 días corridos 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.

---

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



## 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 presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de reclamos.

#### Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

#### Reclamos sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

#### Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted.
- El personal de Buckeye Health Plan lo trató mal.
- Considera que lo están desvinculando del plan.

#### Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

#### Reclamos sobre los plazos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o el Departamento de Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

#### Resumen: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan los reclamos externos. Para obtener más información, lea la **Sección J3**, en la página 222.

Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externa, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

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



### Reclamos sobre la limpieza

- Usted 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 ofrece los servicios de un intérprete durante su cita.

### Reclamos sobre la recepción de facturas

- Su médico o proveedor le envió una factura.

### Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

### Reclamos sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o pagarle al proveedor por ciertos servicios médicos para que pueda hacer el reembolso.
- Usted cree que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) a tiempo.

**El término legal** para un “reclamo” es “**queja formal**”.

**El término legal** para “presentar un reclamo” es “**presentar una queja formal**”.

### ¿Hay diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Los reclamos internos se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlos. Los reclamos externos se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización los revisa. **Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externa, puede llamar a la Defensoría de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio TTY: 1-800-750-0750).**

---

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



## J2. Reclamos internos

Para realizar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los reclamos relacionados con la Parte D deben presentarse **en un plazo de 60 días corridos** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo. Todos los demás tipos de reclamos deben presentarse **en cualquier momento** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si nos presenta su reclamo por escrito, le responderemos de la misma manera. También puede usar el formulario de la página 225 para presentar el reclamo.
- Puede enviar su reclamo a esta dirección:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
7700 Forsyth Blvd  
St. Louis, MO 63105

- 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 corridos. Podemos demorar hasta 14 días corridos 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 un reclamo rápido si rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionaremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- La mejor manera de presentar un reclamo rápido es mediante una llamada al Departamento de Servicios al Afiliado. 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si tiene un buen motivo para presentar el reclamo de manera tardía, infórmenos y consideraremos si le extendemos el plazo para presentar un reclamo o 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



**El término legal para “reclamo rápido” es “queja acelerada”.**

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por un reclamo, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos 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 corridos. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días corridos más (44 días corridos en total) para responder a su reclamo. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta un reclamo porque rechazamos una solicitud de decisión rápida sobre la cobertura o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de reclamo rápido y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de reclamo rápido y le responderemos en un plazo de 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su reclamo, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

### **J3. Reclamos externos**

#### **Puede presentar su reclamo ante Medicare**

Puede enviar 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 usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Puede presentar su reclamo ante Medicaid**

Puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572). La llamada es gratuita. También puede enviar el reclamo por correo electrónico a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



### **Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights**

Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Office for Civil Rights es 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).

O puede comunicarse con su Office for Civil Rights local en la siguiente dirección:

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 el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil o puede llamar a la línea directa de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para obtener ayuda.

### **Puede presentar un reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si así lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar su reclamo ante nosotros).
- O puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su reclamo.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el Gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el **Capítulo 2**, Sección E, página 24.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

---

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



#### **J4. Formulario de reclamo y apelación del afiliado**

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 225 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  
7700 Forsyth Blvd  
St. Louis, MO 63105

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  
Tampa, FL 33631-3383

Fax: 1-866-388-1766

Para preguntas, problemas o reclamos sobre medicamentos de la parte D:

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio  
Attn: Appeals and Grievances  
Medicare Operations  
7700 Forsyth Blvd  
St. Louis, MO 63105

Fax: 1-866-704-3064

No tiene que utilizar este formulario para presentar un reclamo o una apelación. Simplemente puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para informar su reclamo o apelación al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

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





## Formulario de reclamo y apelación del afiliado

Complételo y envíelo por correo o fax a la siguiente dirección:  
Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)  
Atención: Appeals and Grievances – Medicare Operations  
7700 Forsyth Blvd | St. Louis, MO | 63105  
Fax: 1-844-273-2671.

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) tendrá una resolución al reclamo a más tardar a los 30 días corridos o 2 días para brindarle acceso a la atención médica, a partir de la fecha en que usted presente el reclamo. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días corridos más (44 días corridos en total) para responder a su reclamo. Sin embargo, si nos extendemos este plazo, se lo notificaremos a usted o a su representante. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. Si presenta un reclamo porque rechazamos una solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o de “apelación rápida”, lo pasaremos automáticamente al proceso de reclamo “rápido”. Si usted presenta un reclamo “rápido”, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289/TTY/TDD 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Como afiliado de Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), usted tiene derecho a presentar una apelación por cualquier denegación relacionada con la cobertura de servicios médicos (Parte C) o de medicamentos recetados (Parte B). Puede presentar solicitudes de apelación por escrito o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-549-8289/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Buckeye le informará una decisión dentro de los siguientes plazos desde la recepción de su solicitud:

Apelaciones médicas previas al servicio estándares: **15 días corridos.**

Apelaciones estándar relacionadas con medicamentos que requieren receta médica de la Parte B: **7 días corridos.**

Apelaciones médicas previas al servicio aceleradas: **72 horas.**

Apelaciones aceleradas relacionadas con medicamentos que requieren receta médica 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 corridos de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días corridos más para la Parte C previa al servicio. Le informaremos a usted o a su representante por escrito si decidimos demorar más días para tomar la decisión.

\* **Las apelaciones expeditadas** hacen referencia a que usted considera que utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su vida o su salud, o dañar su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento. También debe solicitar la cobertura de atención médica o de un medicamento que aún no ha recibido.

Nombre del afiliado: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Número de ID (por sus siglas en inglés) de Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado\* (seleccione una):  Titular  Padre  Tutor legal  Cónyuge

Otro: \_\_\_\_\_

*\* Si se selecciona otra opción distinta a "Titular", se requerirá un formulario de prueba de tutela, poder legal o un formulario de designación de representante (AOR, por sus siglas en inglés). Este formulario está disponible en nuestro sitio web.*

Nombre de la persona que presenta la apelación: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

**Tipo de reclamo (elija una opción):**

- Acceso a servicios para el Abuso, la Negligencia y la Explotación
- Solicitud de servicio; Problemas por pagos de reclamos/Apelaciones
- Solicitud o problemas relacionados con medicamentos que requieren receta médica; Proceso de determinación de cobertura y redeterminación de cobertura
- Servicio al Cliente
- Inscripción y cancelación de la inscripción
- Fraude y abuso
- Comercialización
- Problemas de privacidad
- Calidad de la atención

¿Este reclamo está relacionado con sus medicamentos? (elija una opción):  Sí  No

Si respondió Sí anteriormente, ¿tiene suficiente suministro para los próximos 7 días? (elija una opción):

Sí  No

¿Cuál es su reclamo? \_\_\_\_\_

¿Cómo puede Buckeye solucionar su problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted respecto de este reclamo? (elija una opción):  Teléfono  Correo electrónico

Otro: \_\_\_\_\_

Proporcione información de contacto adicional (es decir, número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc.):

\_\_\_\_\_

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarle beneficios de ambos planes a las personas inscritas.

***Solo para uso administrativo***

Número de 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(as)> servicios o receta médicos o pago?

---

---

---

---

---

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted respecto de esta apelación? (elija una opción):

Teléfono  Correo electrónico

Otro: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que presenta la apelación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Ohio para brindarle beneficios de ambos planes a las personas inscritas.

**Solo para uso administrativo**

Número de apelación: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

## Capítulo 10: Cómo cambiar o cancelar la inscripción a nuestro plan MyCare Ohio

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cambiar o cancelar la inscripción a nuestro plan. Puede cambiar su afiliación a nuestro plan si elige obtener sus servicios de Medicare por separado (usted permanece en nuestro plan para recibir los servicios de Medicaid). Usted puede cancelar la inscripción a nuestro plan eligiendo otro plan MyCare Ohio. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid de Ohio mientras cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. MyCare Ohio .....	230
B. Cómo cambiar o cancelar la inscripción a nuestro plan .....	231
C. Cómo afiliarse a otro plan MyCare Ohio .....	231
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid .....	231
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....	231
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid .....	234
E. Siga obteniendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación .....	235
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación .....	235
G. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud .....	236
H. Su derecho a presentar un reclamo si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar la inscripción a nuestro plan .....	237
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan .....	237

---

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



---

## A. MyCare Ohio

Puede cancelar su afiliación a Buckeye Health Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Medicare Advantage Plan, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Original Medicare.

Si cambia su afiliación a nuestro plan cuando elige obtener sus servicios de Medicare por separado, ocurre lo siguiente:

- Seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que hizo la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud para dejar de tener Medicare a través de nuestro plan el 18 de enero, la nueva cobertura de Medicare comenzará el 1.º de febrero.

Si cancela su afiliación a nuestro plan eligiendo otro plan MyCare Ohio, ocurre lo siguiente:

- Si solicita el cambio a otro plan MyCare Ohio antes de los últimos cinco días del mes, su afiliación se cancelará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura en otro plan MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 18 de enero, la cobertura de su nuevo plan comenzará el 1.º de febrero.
- Si solicita el cambio a otro plan MyCare Ohio en los últimos cinco días del mes, su afiliación se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura en otro plan MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 30 de enero, la cobertura de su nuevo plan comenzará el 1.º de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo cambiar o cancelar la inscripción llamando a los siguientes números:

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

**NOTA:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5**, Sección G3, página 122, para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



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

---

## B. Cómo cambiar o cancelar la inscripción a nuestro plan

Si decide cambiar o cancelar la inscripción:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1; o
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 232.

Consulte la Sección A anterior a fin de obtener información sobre cuándo entrará en efecto su solicitud para cambiar o cancelar la inscripción.

---

## C. Cómo afiliarse a otro plan MyCare Ohio

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en otro plan MyCare Ohio.

Para inscribirse en otro plan MyCare Ohio haga lo siguiente:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura de Buckeye Health Plan se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

---

## D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid

Si no quiere inscribirse en otro MyCare Ohio plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado. Buckeye Health Plan seguirá ofreciendo los servicios de Medicaid.

### D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

---

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



Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted dejará de recibir los servicios de Medicare de nuestro plan automáticamente.

<p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un Medicare Health Plan, como un Medicare Advantage Plan, 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 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 ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).





<p><b>2. Puede cambiarse 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 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 ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



<p><b>3. Puede cambiarse 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 de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Programa del Seguro de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés), el Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad de Ohio (OSHIIP, por sus siglas en inglés) 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 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 ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 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.</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.

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



Entre sus servicios de Medicaid se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Cuando ya no reciba los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado y un nuevo *Manual del Afiliado* para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiarse a otro plan MyCare Ohio para obtener sus beneficios de Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

---

## E. Siga obteniendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación

Si cambia o cancela su afiliación a Buckeye Health Plan, llevará un tiempo hasta que comience su nueva cobertura. Durante este período, usted seguirá obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de compra por correo para surtir sus recetas.**
- **Si usted es hospitalizado el día en que su membresía en Buckeye Health Plan cambia o termina, nuestro plan cubrirá su internación en el hospital hasta que le den el alta.** Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

---

## F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación

Estos son los casos en los que Medicare debe cancelar la inscripción al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare se terminarán el último día del mes en el que se cancele su cobertura con Medicare Parte A o Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para tener Medicaid o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.

---

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



- 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 realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición.
  - Debemos cancelar la 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 afiliados.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado para obtener atención médica.
  - Si se termina su afiliación por esta razón, Medicare o Medicaid pueden hacer que el inspector general investigue su caso. También es posible que deba enfrentar cargos penales o civiles.

---

## **G. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud**

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

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



También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio al 7-1-1.

---

## H. Su derecho a presentar un reclamo si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar la inscripción a nuestro plan

Si solicitamos a Medicare y Medicaid cancelar la inscripción a nuestro plan, debemos explicarle nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o un reclamo sobre nuestra solicitud de cancelar la inscripción. También puede consultar el **Capítulo 9**, Sección J, página 219, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

---

## I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden cancelar la inscripción, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere 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 usan en todo el *Manual del Afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.



---

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

**Actividades de la vida cotidiana:** lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

**Apelación:** una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.

**Producto biológico:** Un medicamento con receta 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. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

**Biosimilar:** Un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original. Sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva prescripción para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

**Medicamento de marca:** un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 109.

**Administrador de atención:** es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección C, página 8.

**Plan de atención:** es un plan desarrollado por usted y su administrador de atención, que describe cuáles son las necesidades médicas, de la salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica los objetivos y los servicios para satisfacer esas necesidades. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección G, página 11.

**Equipo de atención:** un equipo de atención, dirigido por un administrador de atención, puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales que están para ayudarlo a elaborar un plan de atención y garantizar que usted recibe la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección C, página 8.

---

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



**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés):** la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F, página 25.

**Reclamo:** una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 219.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés):** un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Decisión de cobertura:** una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Se incluyen las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección E2, página 177.

**Medicamentos cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 109.

**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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección A, página 51.

**Cancelación de la inscripción:** el proceso para cancelar la inscripción a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión). Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección B, página 231.

**Niveles de los medicamentos:** grupos de medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de tres niveles.

**Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés):** ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección L, página 47.

---

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





**Emergencia:** es una afección médica que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideraría tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, podría producir la muerte, una disfunción grave de una parte o un órgano del cuerpo, daños funcionales de una parte del cuerpo o, en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud física o mental o la del bebé por nacer. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado que no se detiene. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección H, página 40.

**Excepción:** un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección D, página 107.

**Extra Help:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D. La Extra Help también se denomina “Subsidio por ingreso bajo” o “LIS”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Introducción, página 124.

**Medicamento genérico:** un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del Gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 109.

**Queja formal:** un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen los reclamos por la calidad de su atención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 219.

**Evaluación de salud:** es una revisión del historial médico y la afección actual de una persona inscrita. Se utiliza para determinar el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 10.

**Plan de salud:** Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención para ayudarlo a coordinar proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección C, página 8.

---

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



**Asistente de salud a domicilio:** una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Cuidado para pacientes terminales:** un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado para pacientes terminales. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Buckeye Health Plan debe brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado para pacientes terminales de su área geográfica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Facturación incorrecta o inadecuada:** se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura una cantidad que supera el monto de distribución de costos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a Buckeye Health Plan para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

**Paciente internado:** un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos):** una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección J4, página 14.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés):** los servicios y apoyo a largo plazo incluyen exenciones de atención a largo plazo y servicios comunitarios y en el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés). Estas exenciones pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer dentro de su hogar y comunidad. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección E, página 38.

**Subsidio por ingreso bajo (LIS, por sus siglas en inglés):** consulte “Extra Help”.

---

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



**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 y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección G, página 26.

**Médicamente necesario:** describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una residencia de ancianos. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica o, de lo contrario, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Ohio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección B, página 31.

**Medicare:** el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”). Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F, página 25.

**Medicare Advantage Plan:** un programa de Medicare, también llamado “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

**Servicios cubiertos por Medicare:** los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Persona inscrita en Medicare y Medicaid:** una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

**Medicare Parte A:** el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado para pacientes terminales médicamente necesarios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

---

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



**Medicare Parte B:** el programa de Medicare con el que se cubren servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Medicare Parte C:** el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

**Medicare Parte D:** el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ni por Medicaid. Buckeye Health Plan incluye Medicare Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 109.

**Medicamentos de Medicare Parte D:** los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 105.

**Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan):** una persona que tiene Medicare y Medicaid, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y por el estado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección E, página 9.

**Manual del Afiliado e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otros documentos de cobertura opcional seleccionados, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección D2, página 144.

**Departamento de Servicios al Afiliado:** un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 18.

**Modelo de atención:** el enfoque estructurado e integrado que Buckeye Health Plan utiliza para brindar servicios y garantizar que la atención sea coordinada adecuadamente entre los proveedores, las farmacias y nuestro equipo de coordinación 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



**Farmacia de la red:** una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A1, página 105.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud. Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrarles un monto adicional a nuestros afiliados. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección A, página 31.

**Residencia de ancianos o centro de enfermería:** un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Defensoría:** una oficina estatal que lo ayuda en caso de tener problemas con nuestro plan. Los servicios de defensoría son gratuitos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 24.

**Determinación de la organización:** el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.

**Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare):**

Original Medicare es ofrecido por el Gobierno. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.



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

- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 109.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 34.

- **Parte A:** consulte “Medicare Parte A”.
- **Parte B:** consulte “Medicare Parte B”.
- **Parte C:** consulte “Medicare Parte C”.
- **Parte D:** consulte “Medicare Parte D”.
- **Medicamentos de la Parte D:** consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

**Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

**Información médica personal (también llamada información médica protegida, PHI, por sus siglas en inglés):** información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Buckeye Health Plan para obtener más información sobre cómo Buckeye Health Plan protege, utiliza y divulga su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

**Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés):** su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 34.

---

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



**Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** la aprobación necesaria antes de poder recibir determinados servicios o medicamentos. Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 54. Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección B, página 31.

**Prótesis y aparatos ortopédicos:** son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés):** un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 24.

**Límites de cantidad:** un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C, página 112.

**Herramienta de Beneficios en Tiempo Real:** es un portal o una aplicación de computadora en la que los afiliados pueden buscar los medicamentos cubiertos completos, precisos, adecuados, clínicamente apropiados y específicos para cada afiliado e información sobre los beneficios. Esto incluye los montos de distribución de costos, los medicamentos alternativos que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 172.

**Servicios de rehabilitación:** el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Área de servicios:** el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que



---

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

usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelarse si usted se muda fuera del área de servicios del plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección D, página 9.

**Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés):** un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle cuidado en un centro de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés):** el cuidado en un centro de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 54.

**Especialista:** un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 34.

**Audiencia ante el estado:** es su oportunidad de hablar sobre su problema ante un representante del estado y demostrar que tomamos la decisión incorrecta. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección E4, página 185.

**Agencia estatal de Medicaid:** el Departamento de Medicaid de Ohio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección G, página 26.

**Terapia escalonada:** una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C, página 112.

**Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés):** un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Nivel:** Un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre).

**Cuidado urgentemente necesario:** la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir cuidado urgentemente necesario de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección H, página 40.

---

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





[This page is intentionally left blank.]



---

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

[This page is intentionally left blank.]



---

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

## Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan

<b>LLAME AL</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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.  El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.
<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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan 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. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Estas llamadas son gratuitas. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).



## Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

**English:** 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 who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, simplemente llámenos al **1-866-549-8289** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada al siguiente día hábil. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

**Chinese (Cantonese):** 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，您僅需於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-866-549-8289** (TTY : **711**) 與我們聯絡。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。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Chinese (Mandarin):** 我们提供免费口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。要获得口译服务，请于周一至周五上午 8 点至晚上 8 点致电 **1-866-549-8289** (TTY : **711**)。下班后、周末和节假日，您可能需要留言。您的来电将在下一个工作日内得到回复。您将获得中文普通话口译员的帮助，而且这是一项免费服务。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Upang makakuha ng interpreter, tumawag lang sa amin sa **1-866-549-8289** (TTY: **711**) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaaring magpaiwan sa inyo ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw na may pasok. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-866-549-8289** (TTY : **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. Si vous appelez en dehors des heures d'ouverture, ou pendant les week-ends et jours fériés, vous devrez peut-être laisser un message. Nous prendrons alors votre appel en compte le jour ouvrable suivant. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-866-549-8289** (TTY: **711**). Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8 a.m. đến 8 p.m., thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** 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 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr unter folgender Telefonnummer an: **1-866-549-8289** (TTY: **711**). Außerhalb der Geschäftszeiten, 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.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 **1-866-549-8289**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 근무시간 이후나 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** 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 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، يرجى الاتصال بنا على الرقم **1-866-549-8289** (TTY: **711**) من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. قد يُطلب منك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Italian:** 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.

**Portuguese:** 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 serviço está disponível das 8:00 às 20:00, de segunda-feira a sexta-feira. Se ligar fora deste horário, ao 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.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan **1-866-549-8289** (TTY: **711**). Lè biwo yo se soti 8è a.m. rive 8è p.m., Lendi rive Vandredi. Aprè lè biwo yo fèmen, nan wikenn ak pandan jou ferye, yo gendwa mande w pou ou kite yon mesaj. Yo pral rele w pwochen jou biwo yo louvri a. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

**Polish:** 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**) w godzinach od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku. Po godzinach pracy, 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.

**Hindi:** 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। कॉल करने का समय है, सोमवार से शुक्रवार सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक। कार्य समय के बाद, सप्ताहांत और छुट्टियों पर, आपसे एक संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। अगले कार्य दिवस पर आपके कॉल का जवाब दिया जाएगा। हिंदी बोलने वाला कोई भी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Japanese:** 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、月曜日～金曜日の午前8時～午後8時に、**1-866-549-8289** (TTY: **711**)までお電話ください。営業時間外、週末、祝日は、留守番電話にメッセージを残す必要がある場合があります。その場合は、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。“

**Nepali:** हामी स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंसँग हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। एक दोभासे प्राप्त गर्नका लागि सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान 8 बजेदेखि बेलुकी 8 बजेसम्म हामीलाई **1-866-549-8289** (TTY: **711**) मा कल मात्र गरे पुग्छ। कामको बेलाबाहेक, सप्ताहान्तका दिनमा र बिदाका दिनमा हामी तपाईंलाई सन्देश छोड्न भन्न सक्छौं। व्यवसाय खुल्ने अर्को दिनभित्रमा तपाईंलाई फिर्ता कल गरिनेछ। नेपाली बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

**Somali:** Waxa aanu haynaa adeegyada turjubaada oo bilaash ah si lagaaga jawaabo wixii su'aalo ah ee ay dhici karto inaad ka qabto caymiskeena caafimaadka ama dawooyinka. Si aad u hesho turjubaan kaliya lasoo hadal **1-866-549-8289** (TTY: **711**) laga bilaabo 8 subaxnimo ilaa 8 habeenimo, Isniin ilaa Jimce. Saacadaha shaqada kadib, maalmaha fasaxa todobaadkii iyo maalmaha ciida, waxa aad noo reebi kartaa fariin. Taleefanka waxaa lagugu soo celin doonaa maalinta shaqo ee xigta . Qof ku hadla Somali ayaa ku caawin kara. Kani waa adeeg bilaash ah.

**Swahili:** Tuna huduma za ukalimani za bila malipo za kujibu maswali yoyote unayoweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani tupigie simu tu kwa nambari **1-866-549-8289** (TTY: **711**). Saa za kazi ni saa 8 asubuhi hadi saa 8 usiku, Jumatatu hadi Ijumaa. Baada ya saa za kazi, wikendi na likizo, unaweza kuombwa uache ujumbe. Utapigiwa simu ndani ya siku ifuatayo ya kazi. Mtu ambaye anazungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Hii ni huduma ya bila malipo.

**Ukrainian:** Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які 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**) з 8:00 до 20:00 з понеділка по п'ятницю. У неробочі години, вихідні та святкові дні вас можуть попросити залишити повідомлення. Вам передзвонять протягом наступного робочого дня. Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

**Burundi:** Dufise serevise z'ubuhinduzi ku buntu zokwishura ikibazo cose woba ufise kuri porogaramu yacu y'amagara canke imiti. Kugira uronke umuhinduzi duterere akamo gusa kuri **1-866-549-8289** (TTY: **711**) gutangura 8 z'igitondo gushika 8 z'umuhingamo, Kuwa Mbere gushika Kuwa Gatanu. Hama y'amasaha y'akazi, mu mpera z'indwi n'imisi mikuru, urashobora gusabwa gusiga ubutumwa. Tuzoguterera akamo umusi w'akazi ukurikirako. Umuntu avuga Ikirundi yogufasha. Iyi serevise ni ku buntu.

**Afghani:** ما خدمات ترجمان رایگان داریم تا به هر سوال که ممکن است شما در مورد پلان صحی یا دوا خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت ترجمان کافی است با شماره **1-866-549-8289** (TTY: **711**) از ساعت 8 صبح الی 8 شام از دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. پس از ساعات ها، در رخصتی های آخر هفته و در روزهای رخصتی، ممکن است از شما خواسته شود که یک پیام بگذارید. در روز بعد کاری با شما تماس گرفته خواهد شد. کسی که در ری صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

**Amharic:** ስለ እኛ የጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችን ያለዎትን ማንኛውንም ጥያቄ ለመመለስ ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት አለን። አስተርጓሚ ለማግኘት ከሰኞ እስከ አርባ ከ8 a.m. እስከ 8 p.m. በ **1-866-549-8289** (TTY: **711**) ይደውሉልን። በእላፊ ሰዓት፣ ቅዳሜ እና እሁድ እና በበዓል ቀናት መልእክት እንዲተው ሊጠየቁ ይችላሉ። ጥሪዎ በሚቀጥለው የሰራ ቀን ውስጥ ይመለሳል። አማርኛ የሚናገር ሰው ሊረዱዎት ይችላል። ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવા સંબંધી યોજના વિશે તમને હોઈ શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે દુભાષિયાની મફત સેવાઓ છે. દુભાષિયો મેળવવા માટે, અમને બસ **1-866-549-8289** (TTY: **711**) પર કોલ કરો. અમારા કામકાજનો સમય સોમવારથી શુક્રવાર સુધી સવારે 8 વાગ્યાથી રાતના 8 વાગ્યા સુધીનો છે. કામકાજના સમય સિવાયના સમયે, વીકેન્ડ પર અથવા રજાઓના દિવસે, તમને એક મેસેજ મૂકવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલના જવાબમાં વળતો કોલ કામકાજના આગલા દિવસની અંદર કરવામાં આવશે. ગુજરાતી બોલતી કોઈ વ્યક્તિ તમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.