



CareSource® MyCare Ohio  
(Medicare-Medicaid Plan)

# Manual del Afiliado de Medicare-Medicaid

con Aviso Anual de Cambios

**2018**

  
**CareSource®**

## CareSource MyCare Ohio ofrecido por CareSource

# Aviso anual de cambios para 2018

---

Usted está inscrito actualmente como miembro de CareSource MyCare Ohio. **El año próximo, habrá algunos cambios a los beneficios, cobertura, y reglas del plan. Esta sección le dice sobre los cambios.**

Usted puede terminar su participación en CareSource MyCare Ohio en cualquier momento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



## Contenido

|  |    |
|--|----|
| <b>A.</b> Piense en su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo..... | 3  |
| <b>B.</b> Cambios a los proveedores y farmacias de la red .....                  | 6  |
| <b>C.</b> Cambios a los beneficios para el año próximo.....                      | 6  |
| Cambios a los beneficios para los servicios médicos .....                        | 6  |
| Cambios a la cobertura de medicamentos de receta.....                            | 7  |
| <b>D.</b> Cómo decidir qué plan elegir.....                                      | 9  |
| Si desea quedarse en CareSource MyCare Ohio.....                                 | 9  |
| Si desea unirse a un plan MyCare Ohio diferente.....                             | 9  |
| Si quiere cambiar su participación en CareSource MyCare Ohio .....               | 9  |
| <b>E.</b> Cómo obtener ayuda.....  | 12 |
| Cómo obtener ayuda de CareSource MyCare Ohio .....                               | 12 |
| Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de Ohio Medicaid .....                   | 12 |
| Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio .....                            | 12 |
| Cómo obtener ayuda de Medicare .....   | 13 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

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

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

Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Medicaid, siempre que sea elegible.

- Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página 10 para ver sus opciones).
- Usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de un plan de cuidados administrados de MyCare Ohio (vaya a la página 11 para encontrar información adicional).

### Recursos adicionales

- Si habla español, tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. *La llamada es gratis.*
- Puede obtener gratis este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- Si desea recibir los materiales en un formato alternativo, infórmese a nuestro departamento de Servicios para Afiliados. Tenemos manuales para afiliados, nuestro aviso anual de cambios, formularios, el resumen de beneficios, los directorios de proveedores/farmacias y algunas cartas disponibles en español y en otros idiomas. También podemos enviarle este y otros materiales en diferentes formatos a pedido. Llame a nuestro departamento de Servicios para Afiliados para obtener ayuda, al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

### Sobre CareSource MyCare Ohio

- CareSource® MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio, para proveer beneficios de los dos programas a los miembros. Éste es para las personas que tienen los dos programas: Medicare y Medicaid.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- La cobertura bajo CareSource MyCare Ohio está certificada como cobertura mínima esencial (MEC). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Por favor visite el sitio web del Servicio de rentas internas (IRS) en at <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de MEC.
- Este plan de CareSource MyCare Ohio lo ofrece CareSource. Cuando este Aviso anual de cambios diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa CareSource. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa CareSource MyCare Ohio.

## Renuncias de garantías

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

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

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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

### Cosas importantes que hacer:

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

#### Si decide quedarse en CareSource MyCare Ohio:

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

#### Si decide cambiar de plan:

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## B. Cambios a los proveedores y farmacias de la red

Nuestra red de *proveedores* y farmacias ha cambiado para 2018.

**Le recomendamos mucho que revise su *Directorio de proveedores y farmacias* actual para ver si sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red.** Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en CareSource.com/MyCare. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 711) para pedir información actualizada o para pedir que le envíen por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

## C. Cambios a los beneficios para el año próximo

### Cambios a los beneficios para los servicios médicos

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

|  | 2017 (este año)   | 2018 (el año próximo)  |
|--|---|--|
| <b>Servicios de radiología diagnóstica/terapéutica para paciente ambulatorio</b> | No se requiere autorización previa para pruebas de medicina nuclear y de cardiología. | Se requiere autorización previa para pruebas de medicina nuclear y de cardiología.   |
| <b>Equipo médico duradero</b>  | No se requiere autorización previa para máquina de CPAP.                              | No se requiere autorización durante los primeros tres meses para máquina de CPAP. Se requiere autorización previa después de tres meses de uso de máquina de CPAP para |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

|                   |                   |   |
|-------------------|-------------------|---|
|                   |                   | determinar la necesidad médica.   |
| <b>Acupuntura</b> | No está cubierto. | 30 visitas por año. Se requiere autorización previa para más de 30 visitas. |

## Cambios a la cobertura de medicamentos de receta

### ***Cambios a nuestra Lista de medicamentos***

Le enviamos una copia de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos para 2018* en este sobre. La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Lista de medicamentos.”

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

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

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

- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubrimos. Puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
- **Pida al plan que cubra un suministro temporario** del medicamento. En algunas situaciones, cubriremos un suministro temporario que se hace **una sola vez** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario. Este suministro temporario será de hasta 30 días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporario y cómo pedirlo, lea el Capítulo 5 del Manual del miembro Sección D, *Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto*.) Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acaba su suministro temporario. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

***Cualquier excepción actual al formulario que pueda tener seguirá cubierta el próximo año, mientras que la determinación de cobertura no expire.***



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## **Cambios a los costos de medicamentos de receta**

No hay cambios a las cantidades que paga por medicamentos de receta en 2018. Lea más información abajo sobre su cobertura de medicamentos de receta.

|  | <b>2017 (este año)</b>   | <b>2018 (el año próximo)</b>  |
|--|--|---|
| <p><b>Medicamentos del nivel 1</b></p> <p>Part D Generic Drugs</p> <p>Costo del suministro para un mes (30 días) de un medicamento del nivel 1 surtido en una farmacia de</p>              | <p>Su copago para un suministro para un mes (30 días) es de</p> <p><b>\$0 por receta..</b></p> | <p>Su copago para un suministro para un mes (30 días) es de</p> <p><b>\$0 por receta.</b></p> |
| <p><b>Medicamentos del nivel 2</b></p> <p>Part D Brand Drugs</p> <p>Costo del suministro para un mes (30 días) de un medicamento del nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>         | <p>Su copago para un suministro para un mes (30 días) es de</p> <p><b>\$0 por receta.</b></p>  | <p>Su copago para un suministro para un mes (30 días) es de</p> <p><b>\$0 por receta.</b></p> |
| <p><b>Medicamentos del nivel 3</b></p> <p>Medicaid-covered Drugs</p> <p>Costo por un suministro para un mes (30 días) de un medicamento del Nivel 3 surtido en una farmacia de la red.</p> | <p>Su copago es de \$0 por receta.</p>   | <p>Su copago es de \$0 por receta.</p>  |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## **D. Cómo decidir qué plan elegir**

### **Si desea quedarse en CareSource MyCare Ohio**

Esperamos que siga como miembro con nosotros el año próximo.

**Para quedarse en nuestro plan usted no tiene que hacer nada.** Si usted no se inscribe en un Plan MyCare Ohio diferente, se cambia a un Plan Medicare Advantage o se cambia a Original Medicare, su inscripción en CareSource MyCare Ohio seguirá igual automáticamente durante 2018.

### **Si desea unirse a un plan MyCare Ohio diferente**

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

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

### **Si quiere cambiar su participación en CareSource MyCare Ohio**

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

### ***Cómo recibirá servicios de Medicare***

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

### ***Cómo recibirá servicios de Medicaid***

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

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## **E. Cómo obtener ayuda**

### **Cómo obtener ayuda de CareSource MyCare Ohio**

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (sólo para TTY, llame al 1-800-750-0750 o 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m.

#### **Lea su Manual del miembro de 2018**

El *Manual del miembro de 2018* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

La copia más actualizada del *Manual del miembro de 2018* se encuentra en nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). También puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 para pedirnos que le enviemos un *Manual del miembro de 2018*.

#### **Vaya a nuestro sitio web**

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

### **Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de Ohio Medicaid**

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

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

### **Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio**

El Ombudsman de MyCare Ohio puede ayudarle si tiene algún problema con CareSource MyCare Ohio. El Ombudsman de MyCare Ohio no está conectado con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. El Ombudsman de MyCare Ohio le ayuda con inquietudes sobre cualquiera de los aspectos del cuidado. Hay ayuda disponible para resolver diferencias con los proveedores, proteger derechos y presentar quejas o apelaciones ante nuestro plan. El Ombudsman de MyCare Ohio



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

colabora con la Oficina del ombudsman de cuidados a largo plazo del estado, quien defiende a los consumidores que reciben servicios y respaldos a largo plazo.

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

### **Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

### **Vaya al sitio web de Medicare**

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

### **Lea *Medicare y usted 2018***

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2018*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

# CareSource® MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) Manual del miembro

---

January 1, 2018 – December 31, 2018

## Su cobertura de salud y medicamentos con CareSource MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid)

Este manual habla de la cobertura desde el momento en que usted se inscriba en CareSource MyCare Ohio hasta 31 de diciembre, 2018. Explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, medicamentos de receta, y exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad (también llamado servicios y respaldos a largo plazo). Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, CareSource MyCare Ohio, es ofrecido por CareSource. Cuando en este Manual del miembro dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa CareSource. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa CareSource MyCare Ohio.

Si habla español, tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

Puede obtener este manual y otros materiales de CareSource MyCare Ohio de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. Si tiene problemas para leer o comprender este manual, u otra información de CareSource MyCare Ohio, comuníquese con Servicios para Afiliados. Podemos explicarle la información o proporcionársela en su idioma principal. Es posible que tengamos la información

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



impresa en otros idiomas o de otra manera. Si tiene dificultades visuales o auditivas, se le puede proporcionar ayuda especial.

## Renuncias de garantías

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

La cobertura de CareSource MyCare Ohio califica como cobertura esencial mínima (MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicios de Impuestos Internos (IRS) en [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 compartida para individuos de la cobertura esencial mínima

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

---

### Contenido

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| <b>A.</b> | ¿Qué son Medicare y Medicaid?.....  | 17 |
|           | Medicare .....  | 17 |
|           | Medicaid.....   | 18 |
| <b>B.</b> | ¿Cuáles son las ventajas de este plan?.....                                 | 18 |
| <b>C.</b> | ¿Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio? .....               | 20 |
| <b>D.</b> | ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....                       | 21 |
| <b>E.</b> | Qué debe esperar cuando se une a un plan de salud .....                     | 21 |
| <b>F.</b> | ¿Qué es un plan de cuidado de salud? .....                                  | 22 |
| <b>G.</b> | ¿CareSource MyCare Ohio tiene una cuota mensual?.....                       | 23 |
| <b>H.</b> | Información sobre el Manual del miembro .....                               | 23 |
| <b>I.</b> | ¿Qué otra información le enviaremos? .....                                  | 23 |
|           | Su Tarjeta de identificación como miembro de CareSource MyCare Ohio.....    | 23 |
|           | La Carta de Miembro nuevo.....  | 24 |
|           | Directorio de proveedores y farmacias.....                                  | 24 |
|           | La Lista de medicamentos cubiertos.....                                     | 26 |
|           | Suplemento del Manual del miembro o “Manual de servicios de exención” ..... | 26 |
|           | La Explicación de beneficios.....   | 26 |
| <b>J.</b> | ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de miembro? .....            | 27 |
|           | ¿Mantendremos la privacidad de su información personal?.....                | 28 |

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



---

## Bienvenido a CareSource MyCare Ohio

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

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

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

CareSource es una organización sin fines de lucro que ha cubierto las necesidades de atención médica de los clientes por más de 27 años. Somos un plan de salud basado en la comunidad que comprende las necesidades diversas y sirve a más de 1.3 millones de afiliados en el estado de Ohio. El enfoque de CareSource con respecto a nuestros afiliados se basa en fuertes asociaciones comunitarias y en un enfoque geográfico. Creemos en un enfoque personalizado para administrar la atención con el fin de construir relaciones duraderas que transformen las vidas.

---

### A. ¿Qué son Medicare y Medicaid?

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

#### Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Medicaid

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

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

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

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

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

---

## B. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



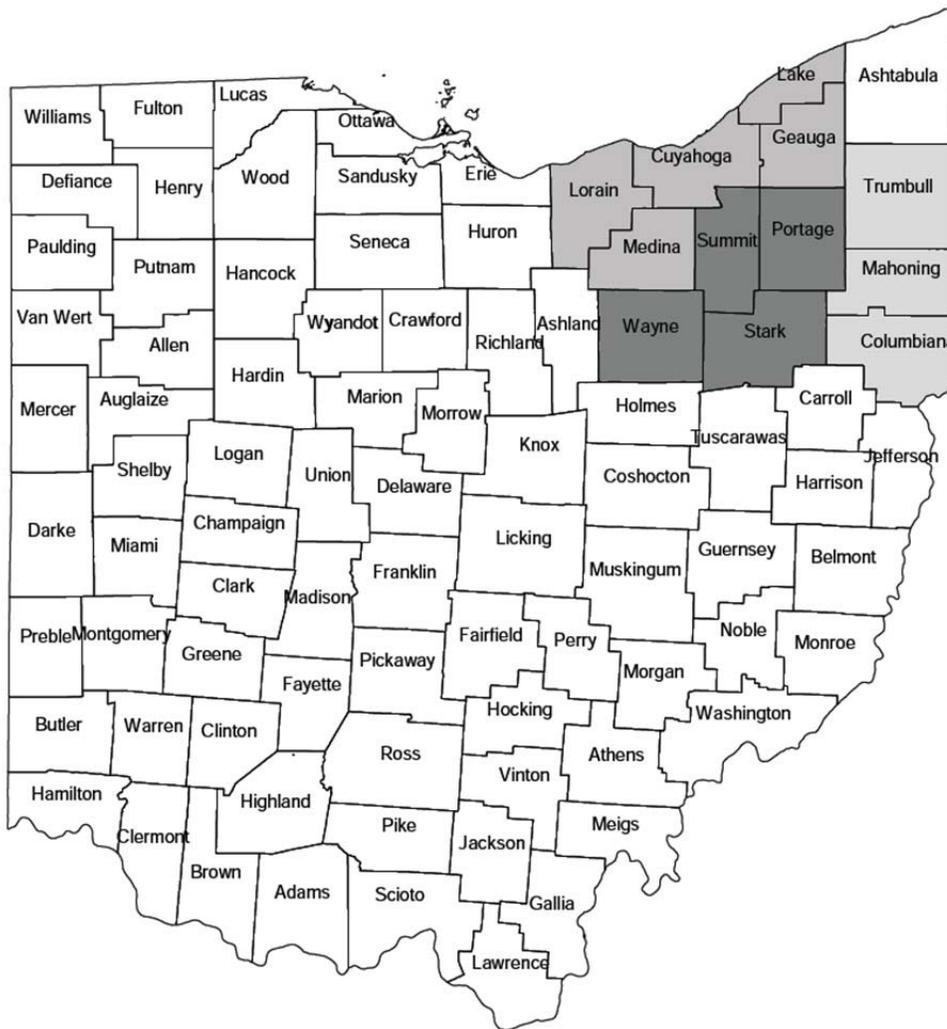
**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

### C. ¿Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio?

CareSource MyCare Ohio está disponible sólo para personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicio.

*Nuestra área de servicios incluye doce (12) condados en Ohio:*

|          |          |
|----------|----------|
| Columbia | Medina   |
| Cuyahoga | Portage  |
| Geauga   | Stark    |
| Lake     | Summit   |
| Lorain   | Trumbull |
| Mahoning | Wayne    |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

---

## D. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

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

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

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

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

Además, usted tiene la opción de dejar del CareSource MyCare Ohio si usted es miembro de una tribu india.

Si usted cree que cumple con cualquiera de los criterios mencionados arriba y no debe inscribirse, llame a Servicios al miembro para recibir asistencia.

---

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

**Al inscribirse por primera vez en el plan**, usted recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 15 a 75 días de su fecha efectiva de inscripción dependiendo de su estado de salud. Recibirá una carta informándole quién es su administrador de atención. Su administrador de atención médica, o un miembro del equipo de administración de la atención, se comunicará con usted para programar una fecha para llevar a cabo la primera evaluación. La evaluación de atención médica se realizará junto a usted, su familia, sus cuidadores, su administrador de atención médica y otras personas de apoyo, según



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

sea su deseo. Esto se puede hacer en su casa o en el lugar de su elección, incluso en el consultorio de un médico o en el hospital.

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

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

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

---

## F. ¿Qué un plan de cuidado de salud?

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## G. ¿CareSource MyCare Ohio tiene una cuota mensual?

No.

---

## H. Información sobre el Manual del miembro

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 en la página 166. También puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 711) o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en CareSource MyCare Ohio entre 1 de enero y 31 de diciembre, 2018.

---

## I. ¿Qué otra información le enviaremos?

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

### Su Tarjeta de identificación como miembro de CareSource MyCare Ohio

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



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

Siempre y cuando usted sea miembro de nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesitará para recibir servicios. No recibirá más la tarjeta mensual de Medicaid. Tampoco necesita utilizar la tarjeta roja, blanca y azul Medicare. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan CareSource MyCare Ohio, el proveedor podrá facturarle a Medicare en lugar de a su plan, y usted podría recibir una factura. Lea el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor

## La Carta de Miembro nuevo

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

## Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de CareSource MyCare Ohio. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores y farmacias para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, incluyendo cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página 21) y para ciertos servicios (lea el Capítulo 3), Sección D, *Como obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso en cualquier momento, llamando a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 711), el lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también podrá ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en CareSource.com/MyCare, o puede descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios al miembro como en el sitio web, encontrará la información más actualizada sobre los cambios de nuestra red de proveedores.

### **¿Qué son los “proveedores de la red”?**

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

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

- Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.
- Los proveedores de la red no deben facturarle directamente por servicios cubiertos por el plan. Lea en el Capítulo 7 en la página 137, para información sobre las facturas de los proveedores de la red.

### **¿Qué son las “farmacias de la red”?**

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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

## La Lista de medicamentos cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) o llame a Servicios al miembro 1-855-475-3163 (TTY: 711).

## Suplemento del Manual del miembro o “Manual de servicios de exención”

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

## La Explicación de beneficios

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## J. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de miembro?

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

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

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

Infórmenos sobre lo siguiente:

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

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 711), el lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Para actualizar su información personal en línea, ingrese a [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare) y haga clic en "Members" (Afiliados). Luego haga clic en My CareSource® para abrir una cuenta en línea.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Mantendremos la privacidad de su información personal?

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

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

### Contenido

|  |    |
|--|----|
| A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de CareSource MyCare Ohio.....              | 30 |
| B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados .....                               | 32 |
| C. Cómo comunicarse con la Línea de 24 horas de consejería de enfermeras .....           | 34 |
| D. Cómo comunicarse con la Línea de 24 horas de crisis de salud del comportamiento ..... | 35 |
| E. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO).....         | 36 |
| F. Cómo comunicarse con Medicare.....  | 37 |
| G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio .....                        | 39 |
| H. Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio .....                                | 40 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

## A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de CareSource MyCare Ohio

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>POR TELÉFONO</b> | <p>1-855-475-3163. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>   |
| <b>POR TTY</b>      | <p>1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita.</p> <p><i>Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</i></p> <p>El lunes a viernes, de 8 a.m a 8 p.m.</p>  |
| <b>POR CORREO</b>   | <p>CareSource<br/>P.O Box 8738<br/>Dayton, OH 45401-8738</p> <p>Si nos envía una apelación o queja, puede utilizar el formulario del Capítulo 9, <i>Que hacer si tiene un problema o una queja</i>. También puede escribirnos una carta diciéndonos sobre su pregunta, problema, queja o apelación.</p> |
| <b>PÁGINA WEB</b>   | CareSource.com/MyCare   |

### Comuníquese con Servicios al miembro, sobre:

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

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

- **Cómo encontrar proveedores de la red**

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

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

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

- **Otra información sobre CareSource MyCare Ohio**

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

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

Una decisión de cobertura es una decisión sobre:

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

Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.

- Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9, Sección 4: *Decisiones sobre cobertura y apelaciones.*

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

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

- Para saber más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Secciones 4 – 9

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

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor o farmacia. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido o presentarla a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (vea la Sección F a continuación *Como comunicarse con la Organización de mejora miento de calidad (QIO)*).



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- ➔ Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud o medicamentos, puede presentar una apelación (vea la sección de arriba Como comunicarse con Servicios al miembro de CareSource MyCare Ohio.
  - ➔ También puede enviar una queja sobre CareSource MyCare Ohio directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - ➔ Puede presentar una queja sobre CareSource MyCare Ohio directamente ante Medicaid de Ohio. Llame al 1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. En la página 39 encontrará otras maneras de comunicarse con Medicaid de Ohio.
  - ➔ Puede presentar una queja sobre CareSource MyCare Ohio ante el Ombudsman de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
  - ➔ Para saber más sobre cómo presentar una queja, lea el Capítulo 9, Sección 10, *Como presentar una queja*.
- **Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos**
- ➔ Para saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que paguemos una factura que recibió, lea el Capítulo 7. Sección A, *Como pedirnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos*.
  - ➔ Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Lea el Capítulo 9, Secciones 4 – 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

---

## B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados

CareSource MyCare Ohio ofrece servicios de administración de la atención para todos los afiliados. Luego de la inscripción, se le asignará un administrador de atención. Los administradores de atención médica están compuestos por personal de enfermería diplomado, trabajadores sociales licenciados y trabajadores sociales licenciados independientes. El administrador de atención es responsable de coordinar todo lo que implica su atención. Esto incluye la atención a largo plazo y/o los servicios de exención en caso de que resida en un centro de atención a largo plazo o de que esté inscrito en un programa de exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad. El administrador de la atención será el punto principal de contacto para su caso y para su equipo de atención.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

En el momento de su evaluación, conocerá a su administrador de atención y se le dará la información de contacto de él o ella. Permita 24 horas para que le devuelvan la llamada telefónica. Si no puede comunicarse con su administrador de atención o supervisor del administrador de atención luego de 24 horas, comuníquese a nuestra línea de asesoría en enfermería las 24 horas.

Si desea cambiar de administrador de atención, usted, su familia, su cuidador, su tutor (persona designada por la corte) o representante autorizado pueden hacerlo durante las visitas en persona a su administrador de la atención. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar el cambio.

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>POR TELÉFONO</b> | 1-866-206-7861. Esta llamada es gratuita.<br><br>La línea para llamar al administrador de cuidados está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.   |
| <b>POR TTY</b>      | 1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita.<br><br><i>Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</i><br><br>24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. |
| <b>POR CORREO</b>   | CareSource<br>P.O. Box 8738<br>Dayton, OH 45401-8738  |
| <b>PÁGINA WEB</b>   | <i>CareSource.com/MyCare</i>  |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

CareSource24<sup>®</sup> es nuestra línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas. Con CareSource24, tiene acceso ilimitado para hablar con el personal de enfermería diplomado atento y experimentado a través de un número gratuito. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios CareSource24 se encuentran a su disposición en forma gratuita. Nuestro personal de enfermería puede ayudarlo a:

- Decidir cuándo es el momento apropiado para proporcionarse atención médica usted mismo, acudir al médico o a la sala de emergencias
- Comprender una situación de enfermedad o lesión urgente
- Comunicarse con su administración de atención
- Obtener asistencia ante una crisis personal

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>POR TELÉFONO</b> | <p>1-866-206-7861. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea para llamar al administrador de cuidados está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>   |
| <b>POR TTY</b>      | <p>1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita.</p> <p><i>Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</i></p> <p>24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

You can also call us if you are in crisis. You can talk to someone right away and we can help you get the care you need. Just call our 24-hour behavioral health crisis line.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>POR TELÉFONO</b> | <p>1-866-506-7861. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de crisis de salud del comportamiento está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>      |
| <b>POR TTY</b>      | <p>1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita.</p> <p><i>Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</i></p> <p>24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>POR TELÉFONO</b> | 855-408-8557   |
| <b>POR TTY</b>      | 1-800-750-0750<br><br>Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>POR CORREO</b>   | KEPRO<br><br>5201 West Kennedy Boulevard, Suite 900<br><br>Tampa, Florida 33609  |
| <b>PÁGINA WEB</b>   | <a href="http://www.keproqio.com">www.keproqio.com</a>   |

### Comuníquese con KePRO sobre:

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**PÁGINA WEB**

<http://www.medicare.gov>

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

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

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

También puede comunicarse con el Departamento de trabajo y servicios para la familia local del condado si tiene preguntas o necesita avisarnos de cambios en su dirección,



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

ingresos u otro seguro. La información de contacto está disponible en el internet en:  
[http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

---

## H. Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

---

### Contenido

|   |    |
|---|----|
| A. Sobre los “servicios,” “servicios cubiertos,” “proveedores,” “proveedores de la red” y “farmacias de la red”.....                            | 43 |
| B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan..... | 44 |
| C. Su equipo de cuidados y su administrador de cuidados.....  | 45 |
| C. Cómo obtener cuidados de su proveedor de cuidados personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red .....        | 46 |
| Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados personal.....   | 47 |
| Cómo obtener cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red.....  | 48 |
| ¿Qué sucede si un proveedor de la red se retira de nuestro plan? .....  | 49 |
| Cómo obtener cuidados de un proveedor fuera de la red.....  | 50 |
| D. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS).....   | 51 |
| E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento .....   | 51 |
| F. Cómo obtener servicios de transporte .....   | 52 |
| G. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica necesaria de urgencia o durante un desastre.....  | 54 |
| Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica .....  | 54 |
| Cómo obtener atención necesaria de urgencia.....  | 56 |
| Cómo obtener cuidados durante un desastre .....   | 57 |
| H. ¿Qué pasa si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan? .....  | 57 |
| ¿Qué debe hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan? .....   | 57 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

I. ¿Cómo son cubiertos sus servicios de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica? ..... 58

    ¿Qué es un estudio de investigación clínica? ..... 58

    Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? ..... 59

    Más información ..... 59

J. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución no médica para cuidados de salud?..... 60

    ¿Qué es una institución religiosa no médica para cuidados de salud? ..... 60

    ¿Qué cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud, tienen cobertura con nuestro plan?..... 60

K. Reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME) ..... 61

    ¿Usted será dueño de su equipo médico duradero? ..... 61

    ¿Qué sucede si se cambia a Original Medicare?..... 61



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

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

**Servicios** incluye cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros servicios. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los cuidados médicos y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, la página 65.

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

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si usted tiene que pagar parte de los costos de un centro de enfermería o servicios de exención. Lea el Capítulo 4. Sección A, página 63 para más información.

Las **farmacias de la red** son farmacias que acordaron a surtir las recetas de nuestros miembros del plan. Las farmacias de la red nos facturarán directamente a nosotros por los medicamentos que usted recibe. *Cuando usted use una farmacia de la red, no pagará nada por sus medicamentos de receta.* Lea el Capítulo 6 (La introducción y las secciones A y B) para más información.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

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

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

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

- **El cuidado que reciba debe ser un beneficio del plan.** Lea el Capítulo 4 para información sobre los beneficios cubiertos, incluyendo la Tabla de Beneficios del plan.
- **El cuidado debe ser médicamente necesario.** *Médicamente necesario* significa servicios, suministros, o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un hogar de personas de la tercera edad. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
- **El cuidado que usted recibe debe ser pre-autorizado por CareSource MyCare Ohio cuando sea necesario.** Para algunos servicios, su proveedor debe enviar información a CareSource MyCare Ohio y pedir aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se llama *pre-autorización*. Lea el cuadro en el Capítulo 4, Secciones C y D para más información.
- **Usted debe elegir a un proveedor de la red como su proveedor de cuidado personal (PCP) para que administre sus cuidados médicos.** A pesar de que usted no necesita una aprobación (llamada referencia) de su PCP para ver a otros proveedores, es importante que llame a su PCP antes de ver a un especialista o después de tener una visita urgente o de emergencia. Esto permite que su PCP administre su cuidado de manera que usted obtenga los mejores resultados.
  - ➔ Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página 48.
- **Usted debe recibir cuidados de salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan (un proveedor fuera de la red). En los siguientes casos esta regla no aplica:
  - » El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir *emergencia* o *atención necesaria de urgencia*, lea la página 54.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- » Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. Para recibir dicha atención, usted debe obtener la autorización previa de CareSource MyCare Ohio. En este caso, cubriremos el cuidado *sin ningún costo para usted*. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la página 50.
- » El plan cubre servicios que recibió fuera de la red que sean proporcionados por Centros de salud federales acreditados, Clínicas rurales de salud y proveedores de planificación familiar acreditados, mencionados en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- » Si usted está recibiendo una exención para servicios de asistencia con la vida diaria o un centro de enfermería a largo plazo, de un proveedor fuera de la red, durante o antes de la fecha en que usted se convierte en miembro del plan, usted puede seguir recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
- » El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
- » Si usted es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda seguir viendo a sus proveedores actuales, que están fuera de la red, por un período de tiempo después de inscribirse. Esto se llama “período de transición.” Para más información, lea el Capítulo 1, Sección F, ¿Qué debe esperar cuando se une a un plan de salud? de este manual y la *Carta de Miembro nuevo*.

---

## C. Su equipo de cuidados y su administrador de cuidados

Su equipo de atención es un grupo de personas que pueden ayudarle a cumplir sus metas para lograr una vida saludable. El equipo está constituido por usted, sus proveedores de atención médica, los miembros de su familia o los cuidadores y su administrador de atención médica de CareSource MyCare Ohio. Entre otros miembros que pueden constituir el equipo se incluyen:

- Tutores
- Representantes autorizados
- Personal de atención domiciliaria, incluso los administradores/coordinadores de atención médica de exención
- Personal de agencias comunitarias externas

Es probable que su equipo de atención le haga algunas preguntas para conocer más sobre su estado de salud. Nuestro equipo le brindará información para ayudarle a entender cómo



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

debe cuidar de usted mismo, obtener servicios que necesite y conectarlo con recursos locales. Sus necesidades individuales son la prioridad número uno del equipo. El equipo también puede trabajar con usted en caso de que necesite decidir si requiere atención médica de su PCP, en un centro de atención de urgencias o en una sala de emergencias.

Todos los integrantes de su equipo de atención trabajan en conjunto para asegurarse de que reciba atención coordinada. Esto implica que, cuando las pruebas y los análisis de laboratorio estén listos, los resultados se comparten con los proveedores adecuados.

También quiere decir que sus médicos conocen todos los medicamentos que está tomando, de manera que pueden reducir cualquier efecto negativo. Su administrador de atención es un miembro clave de su equipo de atención. Él o ella se enfocarán en integrar su atención para abordar todas sus necesidades. Él o ella fomentará su participación para que sus metas estén siempre en primer plano. Su administrador de atención también realizará evaluaciones, desarrollará planes de tratamiento, le conectará con recursos comunitarios y llevará a cabo evaluaciones continuas según sea necesario.

Si desea cambiar de administrador de atención, usted, su familia, su cuidador, su tutor o representante autorizado pueden hacerlo durante las visitas en persona o comunicarse por teléfono con su administrador de la atención. Usted también puede llamarnos o escribimos para solicitar el cambio.

Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de la administración de la atención. Con gusto le ayudaremos. Todos los afiliados, incluso aquellos que reciben atención a largo plazo y/o servicios de exención, pueden acceder al representante del equipo de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de CareSource24. Puede comunicarse con nosotros al **1-866-206-7861**.

Su administrador de cuidados le ayuda a coordinar a todos sus proveedores y servicios. Él o ella trabaja con su equipo de cuidados para asegurarse que usted reciba los cuidados que necesita. El administrador de atención es responsable de coordinar todo lo que implica su atención. Esto incluye la atención a largo plazo y/o los servicios de exención en caso de que resida en un centro de atención a largo plazo o de que esté inscrito en un programa de exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad (HCBS) y servicios de salud conductual. El administrador de la atención será el punto principal de contacto para su caso y para su equipo de atención.

---

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados personal

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

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

Cada afiliado de CareSource MyCare Ohio debe tener un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red de proveedores. Su PCP, es un solo médico, o un grupo de profesionales médicos capacitados en medicina de familia, medicina interna, medicina general, obstetricia/ginecología, pediatría, un/una enfermero/a certificado/a profesional o un médico asistente. Una clínica (Clínica de salud rural/Centro de salud calificado a nivel federal) no puede ser un PCP; no obstante, un profesional de una clínica puede prestar servicios como PCP. Si usted es nuevo en nuestro plan y se encuentra en el período de transición, puede continuar visitando al mismo proveedor que tenía antes de convertirse en afiliado. Si el proveedor está de acuerdo, trabajaremos para que forme parte de nuestra red. De no ser así, trabajaremos con usted para ayudarle a encontrar un nuevo PCP que pertenezca a nuestra red.

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención médica. Su PCP se centrará en su atención preventiva y exámenes periódicos y le tratará para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Él o ella coordinará la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de otros médicos. Coordinar sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo está progresando. Si fuese necesario, su PCP le derivará a otros médicos (especialistas), solicitará que le admitan en el hospital u obtendrá una autorización previa de CareSource MyCare Ohio para la atención que así lo requiera. Si bien usted no necesita una aprobación (denominada derivación) de parte de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de consultar a un especialista o luego de realizar una visita al departamento de urgencias o de emergencias. Esto permite que su PCP esté informado de los cambios de su salud y administre su atención para obtener los mejores resultados.

En ocasiones, puede existir un motivo para que su PCP sea, además, un especialista. Un ejemplo podría ser el de un especialista que esté administrando su atención médica debido a una afección actual que afecta a su salud en general. Si usted y/o su especialista creen que este debe ser su PCP, tiene que llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY: 1-800-750-0750 o 711) para hablar al respecto.

Puede contactar a su PCP llamando al consultorio del PCP. El nombre y teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de ID de CareSource MyCare Ohio. Es importante que procure conocer a su PCP en un plazo inferior a 30 días después de la inscripción.

### *¿Cómo elegir su PCP?*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

El Directorio de proveedores consiste en una lista de médicos y otros profesionales de atención médica que aceptan atender a los afiliados de CareSource MyCare Ohio. Si aún no ha elegido a un PCP, por favor seleccione uno del directorio de inmediato. Es importante iniciar una buena relación médico/paciente con su PCP tan pronto como le sea posible.

Para buscar los nombres de los PCP en nuestra red, puede buscar en el Directorio de proveedores, si solicitó una copia impresa, o visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare** y usar la herramienta "Find a Doctor/Provider" (Encontrar un médico/proveedor) en la parte derecha de la página. También puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY para quienes tienen deficiencias auditivas: 1-800-750-0750 o 711) para obtener ayuda. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si usted es un paciente nuevo para su PCP, llame al consultorio para programar una cita. De este modo, su PCP podrá conocerle y comprender de inmediato sus necesidades de atención médica. Asimismo, debe solicitar que se transfieran todos sus expedientes médicos anteriores a su nuevo médico.

### **Cómo cambiar su PCP**

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

Si por algún motivo desea cambiar su PCP, primero debe llamar a Servicios para Afiliados para solicitar el cambio. Si es un afiliado actual, puede hacerlo a través del portal del afiliado, My CareSource (consulte el Capítulo 1, Sección K, ¿Cómo mantener actualizada la información de registro de su afiliación?). Tramitaremos su cambio en la fecha en que recibamos su solicitud. CareSource MyCare Ohio le enviará una nueva tarjeta de ID para informarle que su PCP ha cambiado. El Departamento de Servicios para Afiliados también puede ayudarlo a programar su primera cita, si fuera necesario.

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

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

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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

No necesita una derivación de su PCP para ver a otros proveedores. Algunos especialistas podrían requerir una derivación de su PCP antes de verlo. Es importante que contacte a su PCP antes de ver a un especialista. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados. Su elección de un PCP no restringe a los especialistas u hospitales específicos a los que su PCP le deriva. Solo consulte su Directorio de proveedores para obtener una lista de especialistas u otros proveedores de la red y programar una cita usted mismo. Si no está seguro de qué tipo de proveedores ofrecen los servicios que usted necesita, hable con su administrador de atención.

Ciertos servicios o medicamentos necesitan ser aprobados por CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda recibirlos. Esto significa que su PCP o proveedor debe obtener la aprobación de CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda recibir el servicio o medicamento. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, Tabla de beneficios, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Su PCP le pedirá una autorización previa por parte nuestra y luego programará dichos servicios por usted. Si está viendo a un especialista, él o ella debe hablar con su PCP antes de programar cualquier servicio. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

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

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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y para administrar su cuidado. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados para solicitar ayuda al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

### **Cómo obtener cuidados de un proveedor fuera de la red**

El único momento en que puede usar proveedores que no pertenecen a la red es en el caso de:

- Servicios de emergencia o atención de urgencia (no se requiere autorización previa).
- Atención que cubre nuestro plan pero no hay un proveedor de la red disponible (se requiere autorización previa).
- Centros de salud calificados a nivel federal/Clinicas de salud rurales.
- Servicios de vida asistida/de exención o servicios en un centro de enfermería a largo plazo, si recibió estos servicios de un proveedor que no forma parte de la red o antes de convertirse en afiliado.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio por un período corto.
- Un proveedor fuera de la red que CareSource MyCare Ohio haya aprobado para que usted consulte durante o luego del período de transición de la atención.
- Servicios de especialidad que no están disponibles por parte de un proveedor de la red.

Durante un período de tiempo específico posterior a su inscripción en el programa de MyCare Ohio, a usted se le permite recibir los servicios de ciertos proveedores fuera de la red y/o dejar de recibir los servicios que Medicaid Ohio le autorizaba. Esto se denomina período de transición de la atención. Observe que el período de transición comienza el primer día en que usted queda efectivo en cualquier plan MyCare Ohio. Si cambia su plan MyCare Ohio, su período de transición para la cobertura con un proveedor fuera de la red no vuelve a comenzar.

Puede obtener más información sobre el período de transición en Capítulo 1, Sección F, *Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud*. Si en la actualidad usted visita a un proveedor que no es un proveedor de la red, o si ya le han aprobado y/o programado servicios, es importante que llame a Servicios para Afiliados de manera inmediata (hoy o tan pronto como pueda), de modo que sea posible coordinar los servicios y, así, evitar cualquier problema de facturación.

**Tenga en cuenta:** Si visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid. Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, es posible que tenga que pagar el costo



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

total de los servicios que reciba. Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

---

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

Los Servicios de exención de MyCare Ohio están destinados a satisfacer las necesidades de los afiliados de 18 años o mayores que son absolutamente elegibles tanto para Medicare como Medicaid, que están inscritos en un Plan MyCare Ohio y que, según lo determina el Estado de Ohio, o su designado, satisfacen un nivel de atención intermedio o profesional. Dichos servicios ayudan a los individuos a vivir y desempeñarse de manera independiente.

Si desea saber si es elegible para recibir los servicios de exención, hable con su administrador de atención médica de CareSource MyCare Ohio. Programaremos una evaluación con la Agencia para Personas de Edad Avanzada del Área (Area Agency on Aging) para llevar a cabo una evaluación y determinar si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

---

## F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Si ya tiene un proveedor de atención de la salud mental, le recomendamos continuar visitando a ese proveedor para recibir su tratamiento. Si necesita recibir servicios de salud mental y/o por abuso de sustancias, llame al Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-4753163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). También puede autoderivarse a un centro y/o proveedor de salud conductual de la comunidad certificado del Departamento de Salud Mental y de Servicios para las Adicciones de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, MHAS). Consulte su Directorio de proveedores, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) para obtener los nombres y los números telefónicos de los establecimientos cercanos a su área. También puede llamarnos en el caso de que tenga una crisis. Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Solo llame a nuestra línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas, al 1-866-206-7861.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

CareSource MyCare Ohio ofrece servicios adicionales de transporte, si correspondiera. Cubrimos hasta 30 viajes de ida y vuelta por afiliado por año calendario para cualquier cita de atención médica, cita para el programa para mujeres, lactantes y niños (Women, Infants and Children, WIC) o cita de redeterminación. Para organizar un viaje, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-4753163. El transporte para diálisis se proporciona pero no cuenta hacia sus 30 viajes de ida y vuelta.

Llame tan pronto como sepa que necesita un viaje. Comuníquese por lo menos 48 horas (dos días hábiles) antes de la visita con su médico. Los viajes se encuentran a su disposición en forma gratuita. Recuerde, si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda directamente a la sala de emergencias más cercana. Si vive en un centro de atención a largo plazo y requiere asistencia médica para transporte, una persona que trabaje en su centro puede programar el transporte por usted.

Si debe viajar una distancia de 30 millas o más desde su hogar para recibir los servicios de atención médica cubiertos, CareSource MyCare Ohio le proporcionará transporte hacia y desde el consultorio del proveedor. Llame al 1-855-475-3163 para organizar el viaje con al menos 48 horas (dos días hábiles) de anticipación a su cita. Esta parte del beneficio se basa en su ubicación y no está sujeta al límite de 30 viajes de ida y vuelta.

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

### Lineamientos de transporte de CareSource MyCare Ohio

Con la ayuda de transporte que obtiene de CareSource MyCare Ohio, aún puede obtener ayuda a través del programa de Transporte que no se considera de emergencia (Non-emergency Transportation, NET). Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (Department of Job and Family Services) local para obtener asistencia o respuestas a sus preguntas.

Para ayudarle a aprovechar al máximo los servicios de transporte de CareSource MyCare Ohio, hay lineamientos que debe seguir. Estos le ayudarán a obtener la mejor experiencia.

Lea los lineamientos a continuación para comprender sus responsabilidades. Son para su seguridad y le permitirán llegar a sus citas a tiempo.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Responsabilidades del afiliado en cuanto al transporte

1. Los afiliados deben:

Llame para organizar el transporte con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación. *Los sábados, domingos y los días festivos no cuentan.*

Saber la dirección completa del consultorio del proveedor de atención médica al que asistirá.

Asegurarse de que el conductor disponga de un tiempo de viaje suficiente para que usted no llegue tarde a su cita.

Mostrar su tarjeta de identificación al conductor antes de utilizar los servicios de transporte.

Esté listo cuando el conductor llegue al lugar. El conductor solo puede esperar cinco minutos. *Después de cinco minutos, el conductor se marchará y se considerará que usted "no se presentó".*

Llamar para cancelar el transporte al menos dos horas antes de la hora de recogida programada si no puede asistir a la cita.

Pedir en el consultorio del proveedor que llamen a la compañía de transporte para su viaje de regreso a casa.

2. No presentarse a su viaje programado afecta la forma en que brindamos dicho servicio a otros afiliados que lo necesitan. Para ayudarnos a proporcionar el mejor servicio de transporte para usted y otros afiliados, asegúrese de:

Estar listo para la recogida quince (15) minutos antes de la hora de recogida programada.

Estar listo para irse cuando llega el conductor.

Llamar para cancelar el transporte al menos dos horas antes de la hora de recogida programada si no puede asistir a la cita.

La compañía de transporte tiene derecho a quitarle su beneficio de transporte durante seis meses luego de tres veces que no se presente en un plazo de tres meses.

Una no presentación se define como:

- No estar en la dirección de recogida por lo menos 15 minutos antes de la hora de su cita.
- No estar disponible para su transporte programado y el conductor espera durante 5 minutos y luego se retira.
- No cumplir con su transporte programado sin cancelar al menos 2 horas antes de la hora programada de recogida. *\* Cada caso se revisa de forma individual.*



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

3. Los afiliados deberán ser corteses y respetar a la compañía de transporte y al personal de CareSource MyCare Ohio. Una conducta impropia incluye: Uso de lenguaje profano (malas palabras), insultos o abuso verbal. Amenazas de maltrato físico a la compañía de transporte, a los conductores o al personal de CareSource MyCare Ohio.

Recuerde estos lineamientos mientras use el programa de transporte. Deseamos que su experiencia de transporte sea positiva y satisfaga sus necesidades.

Llame al Departamento de Servicios para Afiliado al **1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711)** si tiene alguna pregunta o inquietud.

---

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

### Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica

#### ¿Qué es una emergencia médica?

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

- riesgo grave para su salud o la del feto; **o**
- daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
- disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o**
- en el caso de una mujer embarazada, cuando:
  - » no hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto.
  - » el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

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

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano, u otro establecimiento apropiado. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted *no* tiene que obtener primero una aprobación o pre-autorización de su PCP o CareSource MyCare Ohio.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- **Asegúrese de decirle a su proveedor que usted es miembro de CareSource MyCare Ohio.** Muéstrole su Tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio.
  
- **Apenas pueda, asegúrese de decirle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Queremos que le informe a su administrador de atención acerca de su atención de emergencia u hospitalización lo antes posible. Su administrador de atención puede ayudarlo. Usted o su administrador de atención deben llamarnos para informarnos acerca de su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Además, si lo internan en el hospital, asegúrese de que llamen a CareSource MyCare Ohio en 48 horas. Sin embargo, usted no deberá pagar por los servicios de emergencias debido a una demora en informarnos. Nuestro número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID de afiliado de CareSource MyCare Ohio.

### ***¿Qué será cubierto si usted tiene una emergencia médica?***

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

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

Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado, lo más pronto posible. Si el proveedor que esté tratándolo por la emergencia, se hace cargo de la situación de emergencia, pero piensa que necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia, el proveedor debe llamar a nuestro plan al 1-800-488-0134.



---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

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

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

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

### **Cómo obtener atención necesaria de urgencia**

#### ***¿Qué significa atención necesaria de urgencia?***

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

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

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

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

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

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

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

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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Cómo obtener cuidados durante un desastre

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

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

---

## I. ¿Qué pasa si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan?

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

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

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

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

CareSource MyCare Ohio cubre todos los servicios:

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

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

---

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

### ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Pero, usted debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. El motivo:**

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de cuidados debe comunicarse con Servicios al miembro para informarnos que participarán en un ensayo clínico.

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

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

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

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

Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.

**Más información**

Usted podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (<https://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, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

---

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

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

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

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

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Se aplican todos los límites de cobertura (consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 65).

---

## L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME)

### ¿Usted será dueño de su equipo médico duradero?

*Equipo médico duradero* se refiere a ciertos elementos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

You will always own certain items, such as prosthetics. Other types of durable medical equipment will be rented for you by CareSource MyCare Ohio. Sometimes you will own the rented item after we pay the rental fee for a certain number of months, and sometimes you will not own the item no matter how long it is rented. Call Member Services to find out whether you will own your item or if it will be rented.

### ¿Qué sucede si se cambia a Original Medicare?

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 4: Tabla de Beneficios

---

### Contenido

|  |     |
|--|-----|
| A. Cómo comprender sus servicios cubiertos.....  | 63  |
| B. Acerca de la Tabla de beneficios.....   | 63  |
| C. Tabla de beneficios.....  | 65  |
| Visitas preventivas.....   | 65  |
| Servicios preventivos y exámenes.....  | 66  |
| Otros servicios.....   | 72  |
| D. Cómo acceder a los servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio.....  | 108 |
| E. Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio.....                                     | 108 |
| Cuidado de hospicio.....   | 109 |
| F. Beneficios que <i>no</i> están cubiertos por CareSource MyCare Ohio, Medicare o Medicaid..... | 109 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## A. Cómo comprender sus servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles servicios cubre CareSource MyCare Ohio, cómo accede los servicios, y si hay límites para los servicios. También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 *Como obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan* y la información sobre cuánto pagará por los medicamentos en el Capítulo 6 *Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medicaid*.

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

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos o cómo accede servicios, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) o a su coordinador de cuidados al 1-866-206-7861.

---

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

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

➔ **Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor. Si esto pasa, lea el Capítulo 7 *Como pedirnos paguemos una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos o llame a Servicios al cliente.***

### Acerca de la Tabla de beneficios

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

los servicios cubiertos y cómo acceder a estos servicios, comuníquese con Servicios al miembro o su administrador de cuidados.

**Cubriremos los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas:**

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser un beneficio del plan y ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.
  - ➔ Si CareSource MyCare Ohio decide que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado a tomar decisiones por usted puede apelar. Para más información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 *Que hacer si tiene un problema o una queja*.
- Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 *Como usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos* hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidados que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud.
- Algunos de los servicios anotados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama *pre-autorización*. Además, algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor escribe una orden o receta para que usted reciba el servicio. Si no está seguro cuáles servicios requieren una pre-autorización, llame a Servicios al miembro o visite nuestra página <https://www.caresource.com/members/Ohio/caresource-mycare-ohio/my-benefits-services/>.
- Usted no paga nada por los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos arriba. La única excepción es si usted tiene que pagar la responsabilidad del paciente para servicios en un hogar de personas de la tercera edad o exención de servicios según sea determinado por el Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## C. Tabla de beneficios

### Visitas preventivas

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones  |
|---|---|
| <p><b>Examen físico para niños (también llamado Healthchek)</b><br/>Healthchek ofrece los exámenes preventivos y periódicos, diagnósticos y tratamientos (EPSDT) para todas las personas inscritas en Medicaid desde que nacen hasta los 21 años de edad. Healthchek cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, del oído, nutricionales, del desarrollo y de salud mental. También cubre vacunas, educación sobre la salud y análisis de laboratorio.</p> <p><b>Exámenes preventivos</b></p> <p>Pruebas de detección: exámenes médicos completos con una revisión del desarrollo de la salud física y mental, exámenes de la vista, exámenes dentales, exámenes auditivos, exámenes de nutrición, exámenes de desarrollo, pruebas de plomo, si corresponde.</p> <p>Atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otro tipo de problemas o cuestiones de salud detectados durante el examen de detección, incluidos, entre otros:</p> <p>Visitas con un proveedor de atención primaria, un especialista, un dentista, un optometrista y otros proveedores de CareSource para diagnosticar y tratar problemas.</p> <p>Atención de pacientes internados y ambulatorios</p> <p>Visitas clínicas</p> <p>Medicamentos con receta</p> <p>Todos los servicios cubiertos de Healthchek se proporcionan sin costo hasta los 21 años.</p> <p>El transporte hacia y desde los proveedores y asistencia con la programación de visitas de salud están disponibles.</p> | <p>Algunos servicios pueden requerir una derivación por parte de su PCP o autorización previa.</p> <p>Si tiene menos de 21 años, llame a su PCP para programar una cita para un examen de Healthchek.</p> <p>Su proveedor puede pedir autorización previa para servicios que tienen limitaciones y que generalmente no están cubiertos para afiliados de 21 años o mayores.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Visita anual para el cuidado de su salud</b><br/>Este examen tiene como fin desarrollar o actualizar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le cubrirán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>  |                            |
| <p><b>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</b><br/>Si usted ha participado en Medicare Parte B por 12 meses o menos, usted puede ir a una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Cuando haga la cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un examen de salud,</li> <li>▪ educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), <b>y</b></li> <li>▪ pre-autorizaciones para otro tipo de cuidado, si lo necesita.</li> </ul> |                            |

### Servicios preventivos y exámenes

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones |
|--|----------------------------|
| <p><b>Consejería e intervenciones para dejar de fumar o consumir tabaco</b><br/>El plan cubre sesiones de consejería e intervenciones para dejar de fumar o consumir tabaco.</p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones |
|--|----------------------------|
| <p><b>Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</b><br/>El plan cubre visitas a su proveedor de cuidados primarios para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hablarle sobre el uso de la aspirina,</li> <li>▪ Revisar su presión de la sangre, o</li> <li>▪ Darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.</li> </ul> |                            |
| <p><b>Examen de aneurisma aórtico abdominal</b><br/>El plan cubre una ecografía de aneurisma aórtico abdominal si usted está a riesgo.</p>   |                            |
| <p><b>Exámenes de VIH</b><br/>El plan cubre un examen de evaluación de VIH para las personas que pidan dicho examen o tengan un alto riesgo de contraer una infección de VIH.</p>  |                            |
| <p><b>Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso</b><br/>El plan cubre consejería para bajar de peso.</p>   |                            |
| <p><b>Exámenes exploratorios para cáncer de próstata</b><br/>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen de tacto rectal</li> <li>▪ Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>   |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Exámenes para controlar la diabetes</b><br/>El plan cubrirá este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas).</p> <p>Es probable que usted quiera hablar con su proveedor sobre estos exámenes si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad, su familia tiene historia de diabetes o niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa).</p>  |                            |
| <p><b>Exámenes para detectar cáncer colorectal</b><br/>Para las personas de 50 años y mayores o con alto riesgo de cáncer colorectal, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario exploratoria)</li> <li>▪ Prueba de sangre oculta en la materia fecal</li> <li>▪ Colonoscopia exploratoria</li> <li>▪ Cribado colorrectal basado en el ADN</li> <li>▪ prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal</li> </ul> <p>Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorectal, el plan cubrirá una colonoscopia exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopia flexible).</p> |                            |
| <p><b>Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal</b><br/>El plan cubre pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos cada año para todas las mujeres.</p>   |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Exámenes para detectar el cáncer de seno</b><br/>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una mamografía inicial de referencia entre las edades de 35 y 39 años</li> <li>▪ Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayor</li> <li>▪ Las mujeres menores de 35 años que tengan un riesgo alto de desarrollar cáncer de seno podrían ser elegibles para mamografías</li> <li>▪ Un examen clínico anual de los senos</li> </ul> |                            |
| <p><b>Exámenes para detectar la depresión</b><br/>El plan cubre exámenes para detectar la depresión.</p>  |                            |
| <p><b>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</b><br/>El plan cubre análisis de sangre para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.</p>   |                            |
| <p><b>Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)</b><br/>El plan cubre exámenes para tratar infecciones de transmisión sexual, incluyendo pero no limitado a clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan también cubre sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración.</p>   |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones |
|--|----------------------------|
| <p><b>Exámenes y orientación por el abuso de alcohol</b><br/>El plan cubre un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá sesiones de consejería en persona con un proveedor de cuidados primarios calificado o un médico.</p>   |                            |
| <p><b>Pruebas de detección del cáncer de pulmón</b><br/>El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiene 55-77 años, y</li> <li>▪ Tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y</li> <li>▪ Ha fumado al menos 1 atado al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.</p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Otros servicios

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones   |
|---|--|
| <p><b>Acupuntura</b></p> <p>El plan cubre acupuntura para el control del dolor en casos de dolor de cabeza y dolor lumbar.</p>  | <p>30 visitas por año. Autorización previa requerida para más de 30 visitas.</p> |
| <p><b>Centros de salud aprobados por el gobierno federal</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en Centros de salud aprobados por el gobierno federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visitas al consultorio de un proveedor de cuidados primarios y los servicios de especialistas</li> <li>▪ Servicios de terapia física</li> <li>▪ Patología del habla y servicios de audiología</li> <li>▪ Servicios dentales</li> <li>▪ Servicios de podiatría</li> <li>▪ Servicios de optometría y/o ópticos</li> <li>▪ Servicios quiroprácticos</li> <li>▪ Servicios de transporte</li> <li>▪ Servicios de salud mental</li> </ul> <p><b>Nota: Usted puede obtener servicios de un Centro de salud de la red o fuera de la red, aprobado por el gobierno federal.</b></p> |  |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Clínicas de salud rurales</b><br/>El plan cubre los siguientes servicios en una Clínica de salud rural:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visitas al consultorio de un proveedor de cuidados primarios y servicios de especialistas</li> <li>▪ Un psicólogo clínico</li> <li>▪ Un trabajador social clínico para la diagnosis y tratamiento de enfermedades mentales</li> <li>▪ Los servicios de una enfermera visitadora en ciertas situaciones</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Usted puede recibir servicios de una Clínica de salud rural de la red y fuera de la red.</p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Cuidado necesario de urgencia</b><br/>El <i>cuidado necesario de urgencia</i> es el cuidado para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un caso que no es una emergencia, <b>o</b></li> <li>▪ una enfermedad inesperada, <b>o</b></li> <li>▪ una lesión, <b>o</b></li> <li>▪ una enfermedad que necesite cuidado inmediato.</li> </ul> <p>Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.</p> <p><i>No se cubre fuera de Estados Unidos y sus territorios.</i></p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones   |
|---|--|
| <p><b>Cuidados de emergencia (lea también “cuidado necesario de urgencia”)</b><br/> <i>Cuidado de emergencia</i> significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>▪ necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una <i>emergencia médica</i> es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ graves riesgos para su salud o la del feto, <b>o</b></li> <li>▪ daños graves a las funciones del cuerpo, <b>o</b></li> <li>▪ funcionamiento grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, <b>o</b></li> <li>▪ en el caso de una mujer embarazada, trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>» no hay tiempo suficiente para transportarle a otro hospital antes del parto, sin riesgo.</li> <li>» el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.</li> </ul> </li> </ul> <p>En caso de emergencia, llame al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana (ER) o a otro establecimiento apropiado.</p> <p>Si no está seguro si necesita ir al ER, llame a su PCP o a la línea de consejería de enfermeras que está disponible las 24 horas del día. Su PCP o la línea de consejería de enfermeras pueden aconsejarle sobre qué hacer.</p> <p><i>No se cubre fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles</i></p> | <p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, <i>comuníquese a Servicios para Afiliados para coordinar tanto la autorización para permanecer en el hospital no perteneciente a la red o para la transición de su atención médica a un proveedor participante.</i></p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones   |
|---|--|
| <p><b>Cuidados de salud mental para pacientes externos</b><br/>El plan cubre servicios de salud mental proporcionados por:</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>▪ una enfermera clínica especializada,</li> <li>▪ una enfermera con licencia,</li> <li>▪ un asistente médico, o</li> <li>▪ cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental según las leyes aplicables del estado.</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios en un hospital general</li> <li>▪ Tratamiento diario</li> <li>▪ Servicios de rehabilitación psicosocial; los servicios cubiertos incluyen, entre otros: evaluación y análisis, administración farmacéutica y visitas al consultorio, asesoría individual y grupal, intervención en crisis.</li> </ul> | <p>Se requiere autorización previa para:</p> <p>Más de 30 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario</p> <p>Más de 30 citas del programa de internaciones parciales por año calendario, incluido el tratamiento en centros de día y la rehabilitación psicosocial.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los otros servicios, incluidos los servicios de salud en el hogar en tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT).</p> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones                   |
|---|--|
| <p><b>Cuidado de hospicio</b> <i>(continuación)</i><br/> <b>Nota:</b> A excepción de una urgencia/cuidado urgente, si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. If you do not know how to reach your Care Manager call 1-866-206-7861.</p>   | <p><i>Autorización previa requerida.</i></p> |
| <p><b>Cuidados en un hospital como paciente interno</b><br/> El plan cubre los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>▪ Comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>▪ Servicios de enfermería regulares</li> <li>▪ Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario</li> <li>▪ Medicamentos</li> <li>▪ Exámenes de laboratorio</li> <li>▪ Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>▪ Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios</li> <li>▪ Aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital</li> <li>▪ Servicios de sala de operaciones y de recuperación</li> </ul> <p><b><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></b></p> | <p><i>Autorización previa requerida.</i></p> |



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones                   |
|---|--|
| <p><b>Cuidados en un hospital como paciente interno</b><br/>(continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Servicios como paciente interno por el abuso de sustancias</li> <li>▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración</li> <li>▪ Servicios médicos/de proveedores</li> <li>▪ En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales</li> </ul> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. <i>CareSource MyCare Ohio coordinará y/o cubrirá los servicios de trasplante en una ubicación fuera del área de servicio si no hay proveedores dentro del área de servicio y si se realiza una autorización. Si elige obtener su trasplante allí, coordinaremos y/o cubriremos los costos de viaje y alojamiento para usted y una persona más si debe viajar a una ubicación fuera del área de servicio.</i></p> | <p><i>Autorización previa requerida.</i></p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones   |
|--|--|
| <p><b>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</b><br/> Los <i>dispositivos prostéticos</i> reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Los siguientes son ejemplos de dispositivos prostéticos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía</li> <li>▪ Marcapasos</li> <li>▪ Abrazadera (Tirante)</li> <li>▪ Zapatos prostéticos</li> <li>▪ Brazos y piernas artificiales</li> <li>▪ Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)</li> <li>▪ Dispositivos dentales</li> </ul> <p>Además, el plan cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial de extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Vea los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección.</p> | <p>Autorización previa requerida para cargos facturados de más de \$750.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones   |
|--|--|
| <p><b>Enfermería y atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b><br/>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habitación semi-privada, o habitación privada si es medicamente necesaria</li> <li>▪ Comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>▪ Servicios de enfermería</li> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Los medicamentos que le dan como parte de su plan de atención médica, esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre</li> <li>▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración</li> <li>▪ Suministros médicos y quirúrgicos provistos por centros de enfermería</li> <li>▪ Análisis de laboratorio que hacen los centros de enfermería</li> <li>▪ Radiografías y otros servicios de radiografía que hacen los centros de enfermería</li> <li>▪ Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, que generalmente son provistas por los centros de enfermería</li> <li>▪ Servicios médicos/de un proveedor</li> </ul> <p><b><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></b></p> | <p>Es posible que usted sea responsable de pagar la responsabilidad del paciente para los costos de la habitación y comida cuando reciba servicios en un centro de enfermería. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p><b>Nota:</b> La responsabilidad del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería (días 1 a 100).</p> <p>Los servicios de enfermería y de centros de enfermería especializada requieren autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla después de 30 visitas.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Enfermería y atención en un centro de enfermería especializada (SNF) <i>(continuación)</i></b></p> <p>Por lo general usted recibirá su cuidado en un centro de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda obtener cuidado en un centro fuera de la red. Usted puede recibir cuidado aprobado por Medicaid en un centro de enfermería de los siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo el día en que se hizo miembro de CareSource MyCare Ohio</li> </ul> <p>Usted puede recibir cuidados de Medicare en un centro de enfermería de lo siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca cuidados en un centro de enfermería)</li> <li>▪ Un centro de enfermería donde su esposo o esposa está viviendo en el momento que usted sale del hospital</li> </ul> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b><br/>El equipo médico duradero cubierto incluye, pero no está limitado a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sillas de ruedas.</li> <li>▪ Equipo de oxígeno.</li> <li>▪ Bastones, muletas y andadores.</li> <li>▪ Bombas de infusión intravenosa (IV).</li> <li>▪ Camas de hospital.</li> <li>▪ Sillas retrete.</li> <li>▪ Nebulizadores.</li> <li>▪ Repelente de insectos.</li> <li>▪ Prendas para incontinencia.</li> <li>▪ Productos para nutrición enteral.</li> <li>▪ Suministros para ostomía y urológicos.</li> <li>▪ Vendajes quirúrgicos e insumos relacionados.</li> <li>▪ Dispositivos de generación del habla.</li> </ul> <p>Es posible que también cubra otros elementos, como prendas para incontinencia, productos de nutrición enteral, materiales urológicos y de ostomía, y vendas quirúrgicas y artículos relacionados. Para otros tipos de suministros que el plan cubre, lea las secciones de servicios para controlar la diabetes, servicios para la audición y dispositivos prostéticos.</p> <p>Es posible que el plan también cubra aprender a usar, modificar o reparar su artículo. Su Equipo de cuidado trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si deben ser parte de su Plan de cuidados individualizado.</p> <p><i>Nosotros cubriremos por todo el equipo médico duradero que Medicare y Medicaid generalmente cubre. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, usted podría preguntar si podrían hacer un pedido especial para usted.</i></p> | <p>Se requiere autorización previa para todas las sillas de ruedas motorizadas y personalizadas, todos los códigos diversos y los suplementos nutricionales/alimenticios o alimentación enteral de más de 30 latas por mes.</p> <p>También se requiere autorización previa para otras categorías de DME si los cargos facturados son superiores a \$750. No se requiere autorización previa durante los primeros tres meses para máquina de CPAP. Se requiere autorización previa después de tres meses de uso de máquina de CPAP para determinar la necesidad médica.</p> |
|---|--|



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones   |
|--|--|
| <p><b>Medicamentos de receta de Medicare Parte B</b><br/>(continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li> </ul> <p>➔ <b>El Capítulo 5</b> <i>Como obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan</i> <b>explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo</b> y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>➔ <b>El Capítulo 6</b> <i>Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medicaid</i> <b>explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan.</b></p> |  |
| <p><b>Programas de educación de salud y bienestar</b><br/><i>Programas de apoyo de acondicionamiento, que incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ubicaciones de centros de acondicionamiento físico</i></li> <li>▪ <i>Equipo y clases de ejercicios</i></li> <li>▪ <i>Piscinas y saunas en determinadas ubicaciones</i></li> <li>▪ <i>Kits de actividades de acondicionamiento físico en el hogar</i></li> <li>▪ <i>Biblioteca de recursos en línea</i></li> <li>▪ <i>Materiales para manejo de enfermedades</i></li> </ul>   | <p>Hable con su administrador de atención para obtener más información, visite <a href="http://silversneakers.com">silversneakers.com</a> o llame al 1-888-423-4632.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones  |
|---|---|
| <p><b>Servicios como paciente externo</b><br/>El plan cubre los servicios que recibe como paciente externo para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los siguientes son ejemplos de los servicios que cubre el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios en una sala de emergencias o en una clínica de pacientes externos como servicios de observación o cirugía como paciente externo</li> <li>▪ El plan cubre cirugía ambulatoria y servicios en los centros de atención ambulatoria del hospital y centros de cirugía ambulatoria</li> <li>▪ Quimioterapia</li> <li>▪ Análisis de laboratorio y diagnóstico (por ejemplo análisis de orina)</li> <li>▪ Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno sería necesario sin ese cuidado</li> <li>▪ Imágenes (por ejemplo radiografías, tomografías computarizadas (CTs), imágenes por resonancia magnética (MRIs))</li> <li>▪ Terapia de radiación (radioterapia y terapia por isótopos), incluyendo materiales y suministros técnicos</li> <li>▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración</li> <li>▪ Suministros médicos, como entablillados y yesos</li> <li>▪ Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios</li> <li>▪ Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul> | <p>Se requiere autorización previa para:</p> <p>Más de 30 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario</p> <p>Más de 30 visitas del programa de internación parcial por año calendario</p> <p>Se requiere autorización previa para tomografía computarizada, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética y exploración mediante tomografía por emisión de positrones (CT, CTA, MRI, MRA y PET).</p> <p>Las pruebas genéticas requieren autorización previa.</p> <p>Procedimientos cosméticos y cirugía plástica</p> <p>Nuclear medicine and cardiology testing</p> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| <b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>   | <b>Limitaciones y excepciones</b>   |
|---|---|
| <p><b>Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su salud o la de su bebé por nacer, si está embarazada.</p> <p>En aquellos casos que no sean emergencias, el plan cubrirá una ambulancia o camioneta para silla de rueda cuando sea medicamente necesario.</p>   | <p>Se requiere autorización previa para transporte aéreo de emergencia.</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia en ambulancia.</p> <p>No se requiere autorización previa para trasladarse hacia y desde los servicios de diálisis o de un centro a otro centro.</p>   |
| <p><b>Servicios de cuidado de salud en el hogar</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios que proveen las agencias de cuidado de salud en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un asistente de cuidados de salud en el hogar y/o servicios de enfermería</li> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Una enfermera privada (podría ser provista por un proveedor independiente)</li> <li>▪ Terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral</li> <li>▪ Servicios médicos y sociales</li> <li>▪ Equipo y suministros médicos</li> </ul> | <p>Los servicios de enfermería especializada en el hogar requieren autorización previa para más de 3 visitas por año. Los servicios de fisioterapia en el hogar requieren autorización previa para más de 3 visitas por año. Los servicios de terapia ocupacional en el hogar requieren autorización previa para más de 3 visitas por año. Los servicios de terapia del habla en el hogar requieren autorización previa para más de 3 visitas por año. Los servicios de trabajador social en el hogar requieren autorización previa para más de 2 visitas por año. Se requiere autorización previa para todos los otros servicios, incluidos los servicios de enfermería privada en el hogar.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención basados en el hogar y la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios diarios de salud para adultos</li> <li>▪ Servicio de comidas alternativas</li> <li>▪ Servicios de asistencia con las actividades diarias</li> <li>▪ Encargado de opciones de cuidados en el hogar</li> <li>▪ Servicio de ayuda con las tareas del hogar</li> <li>▪ Transición a la comunidad</li> <li>▪ Servicios de respuesta a emergencias</li> <li>▪ Servicios de asistencia con las actividades diarias en la comunidad</li> <li>▪ Encargado de cuidados en el hogar</li> <li>▪ Alimentos llevados al hogar</li> <li>▪ Equipo médico y dispositivos suplementarios adaptables, que proveen asistencia en el hogar</li> <li>▪ Modificación, mantenimiento y reparación del hogar</li> <li>▪ Servicios de ama de casa</li> <li>▪ Asistencia para vivir independientemente</li> <li>▪ Consulta nutricional</li> <li>▪ Servicios de cuidado para dar respiro fuera del hogar</li> <li>▪ Servicios de cuidado personal</li> <li>▪ Control de plagas</li> <li>▪ Consejería con un trabajador social</li> <li>▪ Servicios de exención de enfermería</li> <li>▪ Exención para transporte</li> </ul> | <p>Estos servicios están disponibles solamente si su necesidad de cuidados a largo plazo ha sido determinada por Medicaid de Ohio.</p> <p>Es probable que usted sea responsable por pagar la responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de vida asistida: el servicio está limitado a una visita por año calendario.</p> <p>Asistente para la atención domiciliaria del programa Choices: este servicio no se puede usar de manera simultánea con servicios de atención personal.</p> <p>Transición comunitaria: este servicio únicamente está disponible si no puede cubrir tales gastos o cuando los servicios no se pueden obtener de otras fuentes. Los servicios de transición comunitaria no incluyen gastos de hipoteca o alquiler, alimentos, cargos de servicios públicos regulares, y/o electrodomésticos o artículos para el hogar que solo tienen propósitos recreativos o de distracción. Puede usar este</p> |
|---|--|



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad</b> <i>(continuación)</i></p> | <p>servicio en lugar de, pero no además del servicio de transición comunitaria disponible a través del programa de demostración de Home Choice de Ohio (MFP).</p> <p>Servicios de respuesta en emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de respuesta en emergencias (Emergency Response Services, ERS) no incluyen lo siguiente:</li> </ul> <p>*Equipo que le conecta directamente con el 911.</p> <p>*Equipo como alarma de límite, un dispensador de medicamentos, un recordatorio de medicamentos o cualquier otro equipo o equipos o suministros médicos para el hogar, independientemente de si ese equipo está conectado a equipos de ERS.</p> <p>Servicios de monitoreo remoto.</p> <p>*Servicios realizados que superen lo que está aprobado por su plan de servicios de exención.</p> <p>*Equipo nuevo o equipo aprobado previamente o reparado que ha sido dañado como resultado de mal uso, abuso o negligencia confirmados. El ERS y los proveedores de dichos servicios deben ser identificados en el plan de servicios de exención.</p> <p>Equipos médicos de uso domiciliario y dispositivos de</p> |
|--|--|



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones  |
|--|---|
| <p><b>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad</b> <i>(continuación)</i></p> | <p>adaptación y de asistencia complementarios: los servicios de dispositivos no deben exceder un total combinado de \$10,000 en un año calendario por persona.</p> <p>Modificación, mantenimiento y reparación del hogar: limitado a \$10,000 en un año calendario (doce meses).</p> <p>Servicios de cuidados personales: Los siguientes servicios no se proporcionan al mismo tiempo que la asistencia para cuidado personal: Comidas con entrega a domicilio, servicio de asistente de atención domiciliaria, asistente para la atención domiciliaria del programa Choices (Community and Home Options to Institutional Care for the Elderly - Opciones domiciliarias y comunitarias para la atención institucional de adultos mayores), servicios de vida asistida, servicios mejorados para la vida en comunidad y asistencia para la vida independiente.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones |
|--|----------------------------|
| <p><b>Servicios de médico/proveedor, incluyendo consultas en consultorios</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidado de la salud o servicios de cirugía en lugares como un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o una clínica de paciente externos de un hospital</li> <li>▪ Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li> <li>▪ Segunda opinión <i>de otro proveedor de la red</i> antes de un procedimiento médico</li> <li>▪ Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>» cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas,</li> <li>» reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales,</li> <li>» extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplástico, <b>o</b></li> <li>» servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.</li> </ul> </li> </ul> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones  |
|---|---|
| <p><b>Servicios de planificación familiar</b> (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada)</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Usted puede obtener servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado, de la red o fuera de la red, mencionado en el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> (por ejemplo Planned Parenthood). También puede obtener servicios de planificación familiar de una enfermera partera certificada de la red, un obstetra, un ginecólogo o un proveedor de cuidados primarios.</p>   |   |
| <p><b>Servicios dentales</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examen oral completo (uno por proveedor/paciente)</li> <li>▪ Examen oral periódico, uno cada 180 días para miembros menores de 21 años, y cada 365 días para miembros de 21 años o mayores</li> <li>▪ Servicios preventivos incluyendo profilaxis, flúor para miembros menores de 21 años de edad, selladores y mantenedores de espacio</li> <li>▪ Radiografías de rutina/de diagnóstico</li> <li>▪ Servicio dental integral incluyendo diagnóstico que no es de rutina, servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prótesis, ortodoncia y servicios de cirugía</li> <li>▪ One supplemental oral exam and cleaning every year.</li> </ul> | <p>Algunos servicios odontológicos requieren autorización previa. Consulte a su proveedor odontológico para obtener detalles.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Servicios de podiatría</b><br/>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie, los músculos y los tendones de la pierna que controlan el pie, y lesiones superficiales del pie distintos a aquellos asociados con un trauma</li> <li>▪ Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes</li> </ul> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| 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 como paciente externo           <ul style="list-style-type: none"> <li>» El plan cubre terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>» Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, en oficinas externas del hospital, oficinas de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)           <ul style="list-style-type: none"> <li>» El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería para ciertas condiciones.</li> <li>» El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca <i>intensiva</i>, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de rehabilitación pulmonar           <ul style="list-style-type: none"> <li>» El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya sea moderada o muy severa.</li> </ul> </li> </ul> | <p>Autorización previa requerida para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 30 citas de terapia ocupacional</li> <li>• Más de 30 citas de fisioterapia</li> <li>• Más de 30 citas de terapia del habla</li> </ul> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones  |
|---|---|
| <p><b>Servicios de salud del comportamiento como paciente interno</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internación para cuidados psiquiátricos en un hospital psiquiátrico privado o público independiente o un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> <li>» Para miembros de 22 a 64 años, que sean internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite de 190 días de por vida de ese miembro.</li> </ul> </li> <li>▪ Internación para cuidados de desintoxicación.</li> </ul> | <p>Se requiere autorización previa para todos los servicios, incluidos los servicios residenciales.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones  |
|--|---|
| <p><b>Servicios de salud mental y abuso de sustancias en centros de salud mental de la comunidad</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental acreditados de la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación de salud mental/entrevista para diagnóstico psiquiátrico</li> <li>▪ Servicios de Tratamiento psiquiátrico de apoyo de la comunidad (CPST)</li> <li>▪ Terapia y consejería</li> <li>▪ Intervención de crisis</li> <li>▪ Control farmacológico <ul style="list-style-type: none"> <li>» Limitado a un máximo de 24 horas por año</li> </ul> </li> <li>▪ Examen de admisión antes de ingresar al hospital</li> <li>▪ Ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en ciertos consultorios médicos</li> </ul> <p><b><i>Estos beneficios continúan en la siguiente página</i></b></p> | <p>Se requiere autorización previa para:</p> <p>Más de 30 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario</p> <p>Más de 30 visitas del programa de internación parcial por año calendario</p> <p>Servicios como paciente internado: consulte “Internación”.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los otros servicios, incluidos los servicios de salud en el hogar en tratamiento asertivo comunitario (ACT).</p> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan   | Limitaciones y excepciones |
|--|----------------------------|
| <p><b>Servicios de salud mental y abuso de sustancias en centros de salud mental de la comunidad</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalización parcial           <ul style="list-style-type: none"> <li>» La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. . Se ofrece como un servicio de atención hospitalaria a pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su médico o de su terapeuta. Además, evita que usted tenga que permanecer en el hospital.</li> </ul> </li> </ul> <p>El Programa de internación parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en hospital o a través de un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Lo puede ayudar a evitar que permanezca en el hospital.</p> <p>Para más información, lea “Servicios de salud del comportamiento como paciente externo” y “Cuidado de salud mental como paciente externo”.</p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones  |
|---|---|
| <p><b>Servicios de salud mental y abuso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones</b><br/>                     El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desintoxicación ambulatoria</li> <li>▪ Evaluación</li> <li>▪ Administración de caso</li> <li>▪ Consejería</li> <li>▪ Intervención de crisis</li> <li>▪ Atención intensiva ambulatoria</li> <li>▪ Examen de laboratorio/análisis de orina para la detección de alcohol/drogas</li> <li>▪ Médico/somático</li> <li>▪ Administración de metadona</li> <li>▪ Administración de medicamentos para la adicción en la oficina incluyendo vivitrol y la inducción de buprenorfina</li> </ul> <p>Para más información lea “Servicios de salud del comportamiento como paciente externo” y “Cuidado de salud mental como paciente externo”.</p> | <p>Se requiere autorización previa para:</p> <p>Más de 30 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario</p> <p>Más de 30 visitas del programa de internación parcial por año calendario</p> <p>Servicios como paciente internado: consulte “Internación”.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los otros servicios, incluidos los servicios de salud en el hogar en tratamiento asertivo comunitario (ACT).</p> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Servicios de transporte en caso de no emergencia (lea también “Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas”)</b></p> <p>Si <u>debe</u> viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de cuidado de salud cubiertos, CareSource MyCare Ohio le proveerá transporte a y desde el consultorio de su proveedor.</p> <p>➔ Además de la asistencia con transporte que CareSource MyCare Ohio provee, usted puede obtener ayuda con transporte para ciertos servicios, a través del programa de Transporte, en caso de no emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado.</p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| <b>Servicios cubiertos por nuestro plan</b>   | <b>Limitaciones y excepciones</b>                            |
|---|--|
| <p><b>Servicios para la audición y suministros</b><br/>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas de audición y de equilibrio para determinar si necesita tratamiento (cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado)</li> <li>▪ Audífonos, baterías y accesorios (incluyendo su reparación y/o reemplazo) <ul style="list-style-type: none"> <li>» Los audífonos comunes están cubiertos cada 4 años</li> <li>» Los audífonos digitales/programables están cubiertos cada 5 años</li> </ul> </li> </ul> | <p>Los audífonos requieren autorización previa.</p>          |
| <p><b>Servicios quiroprácticos</b><br/>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiografías</li> <li>▪ Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación</li> </ul>   | <p>Autorización previa requerida para más de 15 visitas.</p> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Specialized Recovery Services (SRS) Program (Programa de servicios especializados de recuperación, SRS)</b></p> <p>Si usted es un adulto a quien se le ha diagnosticado con una enfermedad mental grave y persistente y usted vive en la comunidad, posiblemente sea elegible para recibir SRS específicos para sus necesidades de recuperación. Si usted se inscribe en el programa SRS, el plan cubrirá los tres servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Administración de recuperación: los administradores de recuperación trabajarán con usted para: <ul style="list-style-type: none"> <li>» desarrollar un plan de cuidados centrado en la persona, que refleje sus objetivos personales y sus resultados deseados;</li> <li>» vigilar de manera regular su plan, por medio de reuniones regulares y,</li> <li>» proporcionar información y recomendaciones.</li> </ul> </li> <li>■ Individualized Placement and Support-Supported Employment (IPS-SE); (Colocación y respaldo personalizado; Empleo respaldado, IPS-SE): Los servicios de empleo respaldado pueden: <ul style="list-style-type: none"> <li>» ayudarle a encontrar un trabajo, si le interesa trabajar;</li> <li>» evaluar sus intereses, capacidades y experiencia, en relación con sus objetivos de empleo y,</li> <li>» proporcionarle respaldo continuo para ayudar a conservar su empleo.</li> </ul> </li> <li>■ Recuperación con apoyo de personas en la misma situación: <ul style="list-style-type: none"> <li>» otras personas que se han recuperado de las mismas condiciones comparten sus propias experiencias con enfermedades de salud mental y por abuso en el consumo de sustancias, para ayudarle a usted a alcanzar sus objetivos de recuperación y,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Estos beneficios continúan en la siguiente página</b></p> | <p><i>Si usted está interesado en el programa SRS, usted será conectado con un administrador de recuperación que va a comenzar la evaluación de su elegibilidad y ver cosas tales como su diagnóstico y su necesidad de ayuda con actividades como sus citas médicas, interacciones sociales y habilidades de vida.</i></p> <p><i>Los servicios de especialidad de salud mental médicamente necesarios están cubiertos por CareSource sin costo para la persona y no requieren autorización previa.</i></p> <p><i>Se requiere autorización previa para:</i></p> <p><i>Más de 30 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario.</i></p> |
|---|--|



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

| Servicios cubiertos por nuestro plan  | Limitaciones y excepciones |
|---|----------------------------|
| <p><b>Specialized Recovery Services (SRS) Program (Programa de servicios especializados de recuperación, SRS) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» los objetivos se incluyen en un plan de cuidados que usted mismo diseña, con base en sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y los respaldos.</li> </ul> <p>La relación con personas en las mismas condiciones que usted, puede ayudarle a enfocarse en las estrategias y su avance hacia la autodeterminación, autodefensa, bienestar e independencia.</p>  |                            |
| <p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido <i>ordenado</i> por su médico.</p> <p>El plan cubrirá tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año.</p> |                            |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

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

Cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio (lea el Capítulo 1, Sección D, *¿Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio?*) y necesita cuidados médicos.

Cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio (lea el Capítulo 1, Sección D, *¿Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio?* y necesita cuidados médicos . A continuación le brindamos algunos consejos para saber qué hacer:

### **Si se trata de una emergencia:**

Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

### **Si no se trata de una emergencia:**

Llame a su PCP para obtener ayuda y saber qué hacer.

### **Si no está seguro de si se trata de una emergencia:**

Llame a su PCP o

Llame a CareSource24, nuestra línea de enfermería disponible las 24 horas. El teléfono es 1-866-206-7861 (usuarios de TTY: 1-800-750-0750 o 711). Podemos ayudarle a decidir qué hacer.

Si necesita atención de urgencia cuando se encuentre fuera del área de servicio, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención médica necesaria de urgencia que reciba de cualquier proveedor en Estados Unidos o sus territorios.

---

## Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Cuidado de hospicio

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

Lea en la Tabla de beneficios, en la sección D de este capítulo, más información sobre lo que CareSource MyCare Ohio paga mientras usted esté recibiendo servicios de cuidado en un hospicio.

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

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

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

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

### ***Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de CareSource MyCare Ohio***

- Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea más información en el Capítulo 5, Sección F, *Cobertura de medicamentos en casos especiales*.

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidados para hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Comuníquese con su administrador de atención directamente o llame al 1-866-206-7861.

---

## **Beneficios que *no* están cubiertos por CareSource MyCare Ohio, Medicare o Medicaid**

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

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

- Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea el Capítulo 3, páginas 58 - 59 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un lugar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
- Cuidado de custodia cuando esté internado en un hospital.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
- Cuidado quiropráctico, distinto a los rayos X y la manipulación manual de la columna



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- (ajustes) para corregir problemas de alineación conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto para el tratamiento limitado proporcionado según los reglamentos de Medicare y Medicaid.
  - Zapatos ortopédicos, a menos que estos sean parte de una prótesis de una pierna y estén incluidos en el costo de la prótesis, o si los zapatos son para una persona diabética con enfermedad en el pie.
  - Dispositivos de soporte para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas diabéticas con enfermedad en el pie.
  - Servicios por infertilidad en los hombres o las mujeres.
  - Esterilización voluntaria si es menor de 21 años de edad o incapaz legalmente de dar su consentimiento para el procedimiento.
  - Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anti-conceptivos sin receta.
  - Pruebas de paternidad.
  - Abortos, excepto en el caso de una violación, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
  - Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
  - Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA).
  - Servicios para investigar la causa de una muerte (autopsia).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

---

### Contenido

|  |            |
|--|------------|
| Introducción.....  | 114        |
| Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos .....           | 114        |
| <b>A. Cómo hacer que le surtan sus recetas.....</b>                              | <b>115</b> |
| Surta su receta en una farmacia de la red .....                                  | 115        |
| Muestre su Tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta.....     | 115        |
| ¿Y si quiere cambiar su receta a otra farmacia de la red?.....                   | 115        |
| ¿Y si la farmacia que usted usa se retira de la red? .....                       | 115        |
| ¿Y si necesita una farmacia especializada? .....                                 | 116        |
| ¿Puede usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos? ..... | 116        |
| ¿Puede obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos?.....             | 118        |
| ¿Es posible usar una farmacia que no esté en la red del plan? .....              | 118        |
| <b>B. La Lista de medicamentos del plan.....</b>                                 | <b>119</b> |
| ¿Qué incluye la Lista de medicamentos? .....                                     | 119        |
| ¿Cómo puedo saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?.....       | 119        |
| ¿Qué son los niveles?.....   | 121        |
| <b>C. Límites de cobertura de algunos medicamentos.....</b>                      | <b>121</b> |
| ¿Por qué algunos medicamentos tienen límites? .....                              | 121        |
| ¿Qué clases de reglas hay?.....  | 122        |
| ¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?.....                    | 123        |
| <b>D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto.....</b>    | <b>123</b> |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|   |            |
|---|------------|
| Usted puede obtener un suministro temporario .....  | 123        |
| <b>E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....</b>   | <b>126</b> |
| <b>F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....</b>  | <b>127</b> |
| Si usted está en un hospital o una institución de cuidados para personas de la tercera edad por una estadía que está cubierta por el plan ..... | 127        |
| Si usted está en una institución de cuidados a largo plazo.....   | 127        |
| Si usted está en una institución para el cuidado de la salud a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan .....                    | 127        |
| Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare.....  | 128        |
| <b>G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....</b>   | <b>129</b> |
| Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con cuidado .....  | 129        |
| Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....   | 129        |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Introducción

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

CareSource MyCare Ohio también cubre los siguientes medicamentos, sin embargo, no serán mencionados en este capítulo:

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

## Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos

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

Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su Proveedor de cuidados primarios (PCP). También puede ser otro proveedor.

Generalmente, usted deberá usar una farmacia de la red para surtir su receta.

Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, nosotros la llamamos “Lista de medicamentos”.

- Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción. Lea la página 197 para saber cómo pedir una excepción.

Su medicamento debe ser usado para una *indicación aceptada médicamente*. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) o está respaldado por ciertos libros de referencia.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## A. Cómo hacer que le surtan sus recetas

### Surta su receta en una farmacia de la red

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

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

### Muestre su Tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta

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

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

- ➔ Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios al miembro, CareSource24 o a su *administrador de atención*.

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

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

- ➔ Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al miembro o con su *administrador de atención*.

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
  - Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como una institución de cuidados para personas de la tercera edad. Generalmente, las instituciones de cuidados a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de alguna institución de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia de la institución. Si la farmacia de su institución de cuidados a largo plazo no está en nuestra red o si usted tiene algún problema para acceder a sus beneficios de medicamentos en una institución de cuidados a largo plazo, comuníquese con Servicios al miembro.
  - Las farmacias que suministran medicamentos que requieren administración e instrucciones especiales para su uso.
- ➔ Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro o con su *administrador de atención*.

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

*Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para cierto tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles por medio del servicio de pedidos por correo del plan, están indicados con NM (non-mail order o no para pedidos por correo) o un \* (non-Part D drugs o medicamentos que no son de la Parte D) en nuestra Lista de medicamentos.*

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan *exige* que usted pida *un suministro de por lo menos 30 días del medicamento y un suministro por no más de 90 días*. Un suministro por 90 días tiene el mismo copago que un suministro por un mes.

### **¿Cómo surto mi receta correo?**

Para obtener *formularios de pedido* e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese a Servicios para Afiliados.

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en 7 a 10 días. No obstante, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si la entrega de sus medicamentos no llega dentro de 10 días, por favor llame a Servicios para Afiliados para revisar la situación de su



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

receta. Si su pedido por correo se retrasa, puede ir a la farmacia por un suministro por única vez. Si sus medicamentos requieren una autorización previa, nuestra farmacia de pedidos por correo se comunicará con su médico. Si la receta es rechazada o el medicamento no está en inventario, nuestra farmacia de pedidos por correo se comunicará con usted y coordinará un suministro de dos semanas de sus medicamentos a través de una farmacia minorista local. Para obtener ayuda sobre cómo realizar un pedido por correo, visite nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) o llame a su Departamento de Servicios para Afiliados.

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

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

#### **1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**

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

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

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

#### **3. Resurtidos de recetas por pedido por correo**

Para resurtir, por favor comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por favor asegúrese de avisar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. La farmacia puede tener varias formas para que se comunique. Puede llamar al número de teléfono de pedido por correo de la farmacia que aparece en el Directorio de proveedores y farmacias para saber qué opción es la mejor para usted y hacerles saber qué prefiere.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

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

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

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

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

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

- *Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas. No obstante, usted no puede usar una farmacia de la red debido a una circunstancia especial, como una emergencia o una enfermedad o lesión, mientras se encuentra de viaje fuera de nuestra área de servicio donde no hay ninguna farmacia de la red. Los requerimientos para los suministros diarios y la terapia escalonada aplican incluso para las farmacias fuera de la red.*
- En estos casos, llame primero a Servicios al miembro para ver si hay una farmacia de la red cercana.

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

- ➔ Si no puede usar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, *Cuando nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos.*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## B. La Lista de medicamentos del plan

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

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

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

### ¿Qué incluye la Lista de medicamentos?

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

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

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

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

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

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

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Ir al sitio web del plan en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.
- Llamar a Servicios al miembro para buscar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que sólo hacen ellos



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ¿Qué son los niveles?

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de tres (3) niveles. Como regla general, un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

*El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo.*

*El Nivel 2 incluye los medicamentos de marca.*

*El Nivel 3 incluye los medicamentos que no corresponden a la Parte D que cubre el beneficio de Medicaid.*

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

- ➔ En el Capítulo 6, Sección C, *Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo* se menciona la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel.

---

## C. Límites de cobertura de algunos medicamentos

### ¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

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

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

- ➔ Para saber más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6, Medicamentos de la Part D, *¿Qué es una excepción?*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Qué clases de reglas hay?

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

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

### 2. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

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

### 3. Probar primero un medicamento diferente

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

### 4. Límites a la cantidad

Nosotros limitamos la cantidad que usted podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama "límite a la cantidad". Por ejemplo, el plan puede limitar:

- qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios al miembro o vaya a nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

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

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

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

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

### Usted puede obtener un suministro temporario

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

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

#### 1. El medicamento que usted ha estado tomando:

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

#### 2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

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

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

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

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. El total del suministro será para un suministro de hasta 91 días puede ser un suministro para hasta 98 días, dependiendo del increment del despacho. Si su receta es por menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 98 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios.)

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

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días de su participación** en el plan. El total del suministro será para, al menos, 91 días y puede ser un suministro de hasta 98 días segun el increment del despacho. Si su receta es por menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 98 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios.)

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

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

- *Los afiliados en un centro de atención a largo plazo reciben un suministro para hasta 31 días, salvo que el afiliado presente una receta escrita para menos de 31 días, y tengan derecho a resurtidos (un suministro para hasta 98 días), durante el período de transición. El período de transición son los primeros 90 días en el plan, a partir de la*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

*fecha de entrada en vigor de la cobertura del afiliado o cuando se lo admite en un centro de atención a largo plazo calificado. Además, los afiliados en un centro de atención a largo plazo calificado tienen permitido un suministro de 31 días, cuando haya ocurrido un cambio en el nivel de atención que califique, que afecte la posibilidad del afiliado de obtener un medicamento de la Parte D que no sea de formulario; por ejemplo, cuando venza la cobertura de la Parte A de un afiliado. El administrador de beneficios de farmacia de CareSource MyCare Ohio verificará el cambio de nivel de atención al confirmar la fecha de admisión del afiliado y el tipo de centro en el que residirá el beneficiario. Los centros de vida asistida, los hogares de retiro u otros hogares de grupo no especializados no son ubicaciones institucionales aprobados y no califican para los lineamientos de transición de atención médica a largo plazo.*

➔ Para pedir un suministro temporario de un medicamento, llame a Servicios al miembro.

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

- **Usted puede cambiar de medicamento.**

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

O

- **Usted puede pedir una excepción.**

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

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

➔ Para saber más sobre cómo pedir una excepción, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, *¿Qué es una excepción?*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- ➔ Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro o su administrador de atención.

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

- Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico nuevo, el plan debe avisarle del cambio, por lo menos 60 días antes.
  - » El plan le puede surtir de nuevo su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red.
  - » Usted deberá trabajar con su proveedor durante esos 60 días para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente cubierto por el plan.
  - » Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que le siga cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo, lea el Capítulo 9, Sección 6, *Medicamentos de la Parte D*.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Si un medicamento es retirado del mercado porque no es seguro o por algún otro motivo, el plan lo sacará de la Lista de medicamentos. Nosotros le avisaremos inmediatamente sobre este cambio.
  - » Su proveedor también sabrá sobre este cambio y trabajará con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.
- ➔ Si hay algún cambio de cobertura para un medicamento que usted esté tomando, **el plan le enviará un aviso**. Normalmente, el plan le informará, por lo menos 60 días antes del cambio.

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si le internan en un hospital o una institución de enfermería especializada que está cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o de la institución de cuidados para personas de la tercera edad, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando, los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

### **Si usted está en una institución de cuidados a largo plazo**

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

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

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

Si usted necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de límite, el plan le cubrirá un suministro temporario de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan, hasta que le hayamos dado un suministro para al menos 91 días y que puede ser para hasta 98 días. La primera vez que le surtamos su receta será por un máximo de 31 días, o menos, si en su receta está escrito



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

que sea por menos días. Si usted necesita que le resurtamos el medicamento, lo cubriremos durante los primeros *90 días* en el plan.

Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, le cubriremos un suministro por 31 días. Además, cubriremos un suministro por *31 días*, si el plan tiene un límite de cobertura para ese medicamento. Si su receta fue escrita por una cantidad de días menor que 31 días, nosotros pagaremos por la cantidad que sea menor.

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

➔ Para informarse más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, Medicamentos de la Parte D *¿Qué es una excepción?*.

### **Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare**

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

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

➔ Para saber más sobre el beneficio de hospicio, lea el Capítulo 4, Secciones D y F.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

### Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con cuidado

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

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

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

### Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

- ➔ Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al miembro o su administrador de atención.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

---

### Contenido

|   |     |
|---|-----|
| A. La Explicación de los beneficios (EOB) .....                                     | 133 |
| B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos.....                     | 133 |
| 1. Usa su Tarjeta de identificación de miembro. ....                                | 133 |
| 2. Se asegura que tengamos la información que necesitamos. ....                     | 133 |
| 3. Revisa los informes que le enviamos.....   | 133 |
| C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes ..... | 134 |
| Los niveles del plan.....   | 134 |
| Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....                    | 134 |
| ¿Cuánto paga usted?.....  | 135 |
| D. Vacunas .....  | 136 |
| Antes de obtener una vacuna .....   | 136 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Introducción

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

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

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

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

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

Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al miembro. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## A. La Explicación de los beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- **Sus costos de bolsillo.** Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero que paga en su nombre, pagan por sus medicamentos de receta.
- **Sus costos totales de medicamentos.** Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero que paga en su nombre, pagan por sus medicamentos de receta, más la cantidad que paga el plan.

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

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

---

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

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

### 1. Usa su Tarjeta de identificación de miembro.

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

### 2. Se asegura que tengamos la información que necesitamos.

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

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

### 3. Revisa los informes que le enviamos.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

---

### ***C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes***

**En CareSource MyCare Ohio, usted no paga nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.**

#### **Los niveles del plan**

**Cada medicamento de la Lista está en alguno de los tres (3) niveles. Lea la Lista de medicamentos para averiguar en que nivel están sus medicamentos.**

- *Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos.*
- *Los medicamentos del nivel 2 tienen son medicamentos de marca.*
- *Los medicamentos del nivel 3 tienen incluyen los medicamentos cubiertos por Medicaid.*

*Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista está en alguno de los tres (3) niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta libre (OTC) de la Lista de medicamentos de CareSource MyCare Ohio. Lea la Lista de medicamentos para averiguar en qué nivel están sus medicamentos.*

#### **Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento**

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**¿Cuánto paga usted?**

Los afiliados que tienen cobertura de CareSource MyCare Ohio no tienen copagos para medicamentos recetados.

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

| *no todos los medicamentos califican para un suministro de 90 días | Una farmacia de la red<br>Un suministro por un mes o hasta por 90 días | El servicio de pedidos por correo del plan<br>Un suministro por un mes o hasta por 90 días | Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red<br>Un suministro hasta por 31 días | Una farmacia fuera de la red<br>Un suministro hasta por 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5. |
|--|--|--|---|---|
| <b>Nivel 1</b><br>Medicamentos genéricos de la Parte D             | \$0  | \$0  | \$0   | \$0   |
| <b>Nivel 2</b><br>Medicamentos de marca de la Parte D              | \$0  | \$0  | \$0   | \$0   |
| <b>Nivel 3</b><br>Medicamentos cubiertos por Medicaid              | \$0  | \$0  | \$0   | \$0   |

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## D. Vacunas

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

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

### Antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que llame antes a Servicios al miembro cada vez que piense obtener una vacuna.

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

---

### Contenido

|   |     |
|---|-----|
| A. Cuándo nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos ..... | 137 |
| B. Cómo evitar problemas de pago .....  | 139 |

---

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

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

*Si recibe facturas por cuidados de salud o medicamentos, llame a Servicios al miembro o mándenos la factura. Para enviarnos una factura, lea la página 30 Como comunicarse con Servicios para Afiliados de CareSource MyCare Ohio.*

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

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

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

Usted siempre debería decirle al proveedor que es miembro de CareSource MyCare Ohio y pedirle al proveedor que le cobre al plan.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, puede pedimos que le devolvamos la cantidad total. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
- Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
  - » Si se debe pagar, le pagaremos directamente al proveedor.
  - » Si usted ya pagó por el servicio, nos comunicaremos con el proveedor para que le devuelvan lo que haya pagado.

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas por servicios cubiertos al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Llame a Servicios para miembros si recibe facturas que no entiende.

- Como CareSource MyCare Ohio paga el costo completo de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Nos comunicaremos con el proveedor para que le devuelvan lo que haya pagado por los servicios cubiertos.

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

Cubriremos los medicamentos de receta surtidos en farmacias fuera de la red solamente en casos de emergencia. *Consulte el Capítulo 3, Sección H, Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención médica, para conocer los detalles de las situaciones de emergencia para las que se puede usar una farmacia fuera de la red. Los ejemplos incluyen cuando no puede obtener medicamentos en una farmacia de la red y no tiene acceso a medicamentos de la Parte D en una farmacia fuera de la red de manera periódica.*

Usted siempre puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750) si le piden que pague por servicios, recibe una factura o tiene preguntas. Puede usar



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

el formulario de la página 228 pedir a Servicios al miembro que le manden el formulario, si quiere mandarnos la información sobre la factura. También puede mandar la información a través de nuestro sitio web [CareSource.com/Members/Ohio/MyCare/Member-Information/File-a-Complaint](http://CareSource.com/Members/Ohio/MyCare/Member-Information/File-a-Complaint).

---

## B. Cómo evitar problemas de pago

### 1. Usted siempre tiene que preguntarle al proveedor si el servicio está cubierto por CareSource MyCare Ohio.

Excepto en una emergencia o cuidado urgente, no pague por los servicios a menos que le haya pedido una decisión de cobertura a CareSource MyCare Ohio (lea el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*) si recibió una decisión final diciendo que el servicio no está cubierto, y decidió que usted todavía quiere recibir el servicio, a pesar de que el plan no lo cubra.

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

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

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

➔ Recuerde que, en la mayoría de los casos, usted debe obtener una aprobación previa del plan antes de ver a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que usted tenga una emergencia o necesite cuidado urgente, esté en el período de transición o el proveedor no requiere una aprobación previa, como mencionamos arriba, es probable que no paguemos por los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. Si tiene preguntas sobre su cuidado, durante el período de transición, ya sea que necesite una aprobación para ver a cierto proveedor o necesite ayuda para encontrar a un proveedor de la red, llame a Servicios al miembro.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**3. Siga las reglas del Manual del miembro cuando reciba servicios.**

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

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

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios al miembro para pedir una copia o vaya al sitio web [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) para la información más actualizada.

**5. Siempre tenga con usted su Tarjeta de identificación de miembro y muéstrela al proveedor o farmacia cuando reciba cuidados.**

Si se olvidó su Tarjeta de identificación de miembro, pídale al proveedor que ingrese en línea en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) o llame al 1-800-488-0134. Si su tarjeta se dañó, se perdió o se la robaron, llame a Servicios al miembro inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Contenido

|   |     |
|---|-----|
| A. Aviso sobre las leyes.....   | 143 |
| B. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades .....  | 143 |
| C. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento.....   | 143 |
| D. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....   | 145 |
| E. Debemos proteger su información médica.....  | 146 |
| Cómo protegemos su información médica.....  | 146 |
| Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos.....  | 146 |
| F. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted.....   | 154 |
| G. Los Proveedores de la Red no pueden cobrarle directamente .....  | 155 |
| H. Usted tiene derecho a obtener su cobertura de Medicare y Parte D de Original Medicare u otro plan de Medicare, en cualquier momento, pidiendo un cambio..... | 155 |
| I. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud.....   | 155 |
| Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud .....   | 155 |
| Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud .....  | 156 |
| Qué hacer si no se siguen sus instrucciones .....   | 161 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|   |     |
|---|-----|
| <b>J.</b> Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos..... | 162 |
| Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos.....             | 162 |
| Cómo obtener más información sobre sus derechos.....  | 162 |
| <b>K.</b> Usted también tiene responsabilidades como miembro del plan .....                                     | 163 |
| <b>L.</b> Aviso sobre Medicare como segundo pagador .....   | 165 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

## Introducción

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

---

### A. Aviso sobre las leyes

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

---

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

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

- ➔ Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- ➔ Nuestro plan también puede darle materiales en idiomas que no son español o inglés y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para solicitar materiales en un formato alternativo o en otros idiomas, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- ➔ Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

---

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

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

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

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



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, por favor llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

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

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene el derecho a recibir todos los servicios que CareSource MyCare Ohio debe proveer y a elegir el proveedor que le preste cuidado cuando sea posible y apropiado.
- Usted tiene el derecho a que otras personas no lo oigan o vean cuando está recibiendo atención médica.
- Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
  - » Llame a Servicios al miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a ir a ver un ginecólogo u otro especialista en salud femenina de la red, por servicios de salud femenina cubiertos, sin tener que obtener una pre-autorización. Una *pre-autorización* es una aprobación por escrito de su proveedor de cuidados primarios.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas. *Si no puede recibir servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.*
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para saber sobre Proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3, Sección D, *Como obtener cuidados de su proveedor de cuidados personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red.*

El Capítulo 9, Sección 10, página 222 dice qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un tiempo razonable. El Capítulo 9 también dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## E. Debemos proteger su información médica

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

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

### Cómo protegemos su información médica

- Usted tiene el derecho a recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguna persona a la que usted haya autorizado legamente para recibir dicha información o alguien que usted pidió que sea contactado en caso de emergencia cuando no es en el mejor interés para su salud que usted reciba esta información.
- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.
- En casi ninguna situación le daremos información sobre su salud a alguien que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
  - » Debemos revelar la información médica a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
  - » Debemos darle a Medicare la información sobre su salud y medicamentos. Si Medicare revela su información con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales.
  - » Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

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

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

---

## Prácticas de privacidad

**Este aviso describe cómo se usa y divulga su información médica. También le indica cómo puede obtener esta información.** Revíselo cuidadosamente. Los términos de este aviso se aplican a CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). En este aviso, nos referiremos a nosotros simplemente como “CareSource”.

### Sus derechos

**En lo que se refiere a su información médica, usted tiene ciertos derechos:**

*Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos*

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos. También puede obtener otra información médica suya que tengamos. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. A menudo lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa basada en los costos.

*Pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos*

- Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le comunicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

*Pedirnos comunicaciones privadas*

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica; por ejemplo, al teléfono del domicilio u oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables. Nosotros debemos aceptar si usted nos indica que sería peligroso no hacerlo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



*Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos*

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información médica para cuidados, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Podemos rechazar su solicitud si afectara su atención o por otros motivos.

*Obtener una lista de aquellas personas con las que hemos compartido la información*

- Usted puede pedirnos una lista (rendición de cuentas) de todas las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a seis años antes de la fecha en que la solicita. Usted puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con:

- la atención,
- el importe pagado,
- las operaciones de atención médica, y
- algunas otras divulgaciones (por ejemplo, alguna que usted nos haya solicitado hacer).

Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

*Obtener una copia de este aviso de privacidad*

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le daremos una copia impresa rápidamente.

*Dar a CareSource consentimiento para hablar con una persona en su nombre*

- Usted puede dar su consentimiento a CareSource para hablar sobre su información médica con otra persona en su nombre.
- Si tiene un tutor legal, esa persona puede usar sus derechos y hacer elecciones sobre su información médica. CareSource divulgará su información médica con su tutor legal. Nosotros nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

*Presentar un reclamo si siente que se violan sus derechos*

- Puede presentar un reclamo si siente que hemos violado sus derechos; para hacerlo, contáctese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso.
- Usted puede presentar una reclamación con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a 200 Independence



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

- No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo. Nosotros no podemos exigir que no haga uso de su derecho de presentar un reclamo como condición para:
  - la atención,
  - el pago,
  - la inscripción en un plan de salud, o
  - la elegibilidad para los beneficios.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Sus opciones

Para determinada información de salud, usted puede indicarnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si tiene una opción clara para la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos. Seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de ayuda humanitaria.

*Si usted no es capaz de indicarnos su opción, por ejemplo si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

### En estos casos, a menudo no podemos compartir su información a menos que nos dé consentimiento por escrito:

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Divulgación de notas de psicoterapia

## Otros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información médica?** Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

### *Ayudarle a recibir tratamiento médico*

- Podemos usar su información médica y compartirla con expertos que lo están tratando.  
**Ejemplo:** un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de atención para que podamos coordinar su atención médica.

### *Dirigir nuestra compañía*

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra compañía y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de la cobertura.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

*Pagar por su atención médica*

- Podemos usar y divulgar su información médica para pagar por su atención médica.  
**Ejemplo:** *compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.*

*Para dirigir nuestros negocios*

- Podemos usar o compartir su información médica para dirigir nuestras funciones de comerciales.  
**Ejemplo:** *Podemos usar su información para revisar y mejorar la calidad de la atención médica que usted y otros reciben. Podemos brindar su información médica a organizaciones externas para que nos puedan ayudar con nuestras operaciones. Dichos grupos externos incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. Nosotros también les exigimos que mantengan su información médica de manera confidencial.*

**¿De qué otra forma usamos o compartimos su información médica?** Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Dichas formas a menudo son para contribuir al bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información por estos motivos. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

*Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública.*

- Podemos compartir su información médica por ciertos motivos, como:
  - Prevenir enfermedades
  - Ayudar con retiros de productos
  - Informar sobre reacciones nocivas a medicamentos
  - Denunciar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o la seguridad de una persona

*Para investigación*

- Podemos usar o compartir su información para una investigación médica. Podemos hacerlo siempre que se cumplan determinadas reglas sobre la privacidad.

*Para cumplir con la ley*

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos desea asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

*Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o patólogo*

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir su información médica con un médico forense, examinador médico o patólogo cuando una persona muere.

*Para cumplir con la compensación a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales*

- Podemos usar o compartir su información médica:
  - Para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores
  - Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público
  - Con agencias de supervisión sanitaria para actividades permitidas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales, como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

*Para responder a demandas y acciones legales*

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden de la corte o tribunal administrativo, o en respuesta a una orden judicial.

También podemos recopilar información no identificable que no puede rastrearse hasta usted.

**Reglas especiales para afiliados de CareSource en Ohio:** La ley de Ohio exige que obtengamos su aprobación en muchos casos antes de:

- divulgar el desempeño o los resultados de una prueba de VIH o diagnóstico de SIDA, o una afección relacionada con el SIDA;
- divulgar información sobre tratamiento de drogas y alcohol que haya recibido en un programa de tratamiento de abuso de drogas y alcohol;
- divulgar información sobre atención de salud mental que haya recibido; y
- divulgar determinada información a los investigadores de atención a largo plazo de Ohio.

Para conocer todos los detalles acerca de los casos en los que puede ser necesaria la aprobación, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de CareSource.

### **Nuestras responsabilidades**

- Nosotros protegemos la información médica de nuestros afiliados de muchas formas. Esto incluye a la información escrita, oral o disponible en línea mediante una computadora.
  - Los empleados de CareSource están capacitados para proteger la información de los afiliados.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- Se habla sobre la información de los afiliados de manera que no se escuche por casualidad de forma inadecuada.
  - CareSource se asegura de que las computadoras usadas por los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.
  - CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguramos de que solamente aquellos empleados que tienen un motivo comercial para acceder a la información la usen y la divulguen.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida y que le entreguemos una copia de este aviso.
  - Si hay una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber rápidamente.
  - Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos entregarle una copia.
  - No usaremos ni compartiremos información que no sea la enumerada aquí a menos que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Fecha de entrada en vigencia y cambios a los términos de este aviso**

El aviso original entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y esta versión entró en vigencia el 1 de septiembre de 2014. Debemos cumplir los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si fuese necesario, podemos cambiar el aviso y el nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que guardamos. Si esto sucede, el nuevo aviso estará disponible por solicitud y se publicará en nuestro sitio web. Puede pedir una copia impresa de nuestro aviso en cualquier momento enviando una solicitud por correspondencia al Funcionario de Privacidad de CareSource.

### **Puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad de CareSource por::**

*Correo:* CareSource  
Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 8738  
Dayton, OH 45401-8738

*Correo electrónico:* [HIPAAPrivacyOfficer@caresource.com](mailto:HIPAAPrivacyOfficer@caresource.com)

*Teléfono:* 1-800-488-0134, ext. 2023



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## F. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

Como miembro de CareSource MyCare Ohio, usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750). Este servicio es gratuito. Los materiales están disponibles en otros idiomas, si es necesario, y a solicitud de nuestros afiliados. También le podemos dar información en letras grandes, braille o audio.

Si desea saber sobre algo de lo siguiente, llame a Servicios al miembro:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de planes**
- **Información sobre nuestro plan, incluyendo pero no limitado a:**
  - » Información financiera
  - » Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
  - » Cuántas apelaciones han hecho los miembros
  - » Cómo retirarse del plan
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:**
  - » Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidados primarios (PCP). Usted puede cambiar su PCP por otro PCP de la red *hasta una vez por mes*. Debemos enviarle algo por escrito diciéndole quien es su nuevo PCP y la fecha en que se hizo el cambio.
  - » Cuáles son las certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
  - » Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
  - ➔ Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al miembro o vaya a nuestro sitio web [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).
- **Información sobre servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:**
  - » Los servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - » Los límites de su cobertura y de sus medicamentos



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- » Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo:**
  - » Pedirnos que expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
  - » Pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado
  - » Pedirnos que paguemos una factura que usted recibió

---

## **G. Los Proveedores de la Red no pueden cobrarle directamente**

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7.

---

## **H. Usted tiene derecho a obtener su cobertura de Medicare y Parte D de Original Medicare u otro plan de Medicare, en cualquier momento, pidiendo un cambio**

Usted tiene el derecho a recibir sus servicios de cuidado de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de Medicare Advantage. Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos de receta o un plan de Medicare Advantage. Sin embargo, usted debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio. Si quiere cambiar, puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.

---

## **I. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud**

### **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud**

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento, provisto de una manera apropiada a su condición y capacidad de comprender.
- **Conozca los riesgos** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pida una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro proveedor acreditado de la red antes de tomar una decisión sobre un tratamiento. Si no tenemos disponible otro proveedor acreditado de la red, arreglaremos una visita con un proveedor fuera de la red, sin costo alguno para usted.
- **Puede decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento o terapia. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento, terapia o deja de tomar un medicamento, el médico o CareSource MyCare Ohio debe explicarle que puede pasar y debe poner una nota en su expediente médico. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Puede pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Puede pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones* le informa cómo pedir una decisión de cobertura del plan.
- **Conozca los roles específicos de un estudiante practicante.** Usted tiene el derecho a negarse a recibir tratamiento de un estudiante.

### **Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud**

*Las personas con frecuencia se preocupan por la atención médica que obtendrían si están demasiado enfermas para dar a conocer su voluntad. Algunas personas no desean pasar meses o años recibiendo soporte vital. Otras pueden desear que se tomen todas las medidas posibles para prolongarles la vida. Usted puede indicar su voluntad respecto de la atención médica por escrito, mientras está sano y en condiciones de elegir. Su centro de*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

*atención médica debe explicarle su derecho a expresar su voluntad sobre la atención médica. También deben preguntarle si usted desea manifestar dicha voluntad por escrito.*

### **¿Que derecho tengo a elegir la atención médica?**

*Tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea cierto tipo de atención, tiene derecho a decirle a su médico que usted no la quiere.*

### **¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué sucede si no puedo expresar mis deseos?**

*La mayoría de las personas puede manifestar su voluntad respecto de su atención médica a sus médicos. Sin embargo, algunas personas se enferman demasiado como para manifestarles a sus médicos que tipo de atención desean. De conformidad con la ley de Ohio, usted tiene derecho a llenar un formulario, mientras es capaz de actuar por sí mismo. El formulario les informa a sus médicos lo que desea que se haga si usted no puede manifestarlo.*

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

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

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama *directiva anticipada*. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un *testamento en vida* y un *poder legal para cuidados de salud*. Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes o directivas anticipadas que puede usar: un Testamento vital, una Orden de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), un Poder para la atención médica (también conocido como Poder permanente para la atención médica) y una Declaración para tratamiento de salud mental. Complete una directiva anticipada, mientras sea capaz de actuar por sí mismo. La directiva anticipada les permite a su médico y a otros saber su voluntad sobre la atención médica.

### **¿Tengo que llenar una directiva anticipada antes de obtener atención médica?**

No. Nadie puede obligarlo a completar una directiva anticipada. Usted decide si desea completarla.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ¿Quién puede completar una directiva anticipada?

Cualquier persona de 18 años o más, que esté en su sano juicio y pueda tomar sus propias decisiones, puede completar una directiva anticipada.

## ¿Necesito un abogado?

No, usted no necesita un abogado para completar una directiva anticipada. Sin embargo, es posible que quiera considerar pedirle ayuda a un abogado para elaborarla.

## ¿Las personas que me brindan la atención médica tienen que cumplir mis deseos?

Sí, si su voluntad cumple con la ley estatal. No obstante, una persona que brinda atención médica puede no ser capaz de cumplir su voluntad, dado que van en contra de su conciencia. De ser así, le ayudarán a encontrar a una persona que haga cumplir su voluntad.

## Testamento vital

Un Testamento vital establece el tiempo que desea usar métodos de soporte vital para prolongar su vida. Esto solo tiene efecto cuando usted se encuentra:

- En un estado de coma que no se espera que se revierta;
- Más allá de toda ayuda médica, sin esperanzas de mejoría y no puede expresar sus deseos;
- Se espera que muera y no puede expresar sus deseos.

Las personas que le prestan atención médica deben hacer lo que usted expresa en su Testamento vital. Un Testamento vital les da derecho a cumplir sus deseos. Solo usted puede cambiar o cancelar su Testamento vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

## Orden de no reanimar

Una Orden de no reanimar (DNR) es una orden escrita por un médico o, en determinadas circunstancias, por un/a enfermero/a profesional certificado/a o especialista en enfermería clínica, que indica a los proveedores de atención médica que no proporcionen reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR). En Ohio, existen dos tipos de órdenes DNR: (1) DNR para cuidados paliativos y (2) DNR para cuidados paliativos: paro respiratorio. Debe hablar con su médico acerca de las opciones de DNR.

## Poder para la atención médica

Un Poder para la atención médica es diferente de otros tipos de poderes. Este documento informa únicamente sobre un Poder para la atención médica, no trata sobre otros tipos de poderes. Un Poder para la atención médica le permite elegir a una persona para llevar a cabo su voluntad en



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

cuanto a su atención médica. La persona actúa por usted en el caso en que usted no pueda actuar por sí mismo. Esto puede ser por un período corto o por un período prolongado.

### **¿A quién debo elegir?**

Puede elegir cualquier familiar o amigo adulto de su confianza para que lo represente cuando no pueda actuar por sí mismo. Asegúrese de hablar con la persona respecto de lo que desea. Luego escriba qué atención médica desea o no desea. También debe hablar con su médico acerca de lo que desea. La persona que usted elija debe cumplir con su voluntad.

### **¿Cuándo entra en vigor mi Poder para la atención médica?**

El formulario tiene efecto solo cuando usted no puede elegir su atención por sí mismo. El formulario le permite a su familiar o amigo suspender el soporte vital en las siguientes circunstancias:

» si se encuentra en un estado de coma que no se espera que se revierta,

- O -

» si se espera que muera.

### **Declaración para tratamiento de salud mental**

Una Declaración para tratamiento de salud mental especifica mejor la atención de la salud mental. Le permite, mientras es capaz de hacerlo, designar a un representante que tome decisiones en su nombre cuando no tiene la capacidad de tomar una decisión. Además, la declaración permite establecer ciertas voluntades respecto del tratamiento. Por ejemplo, puede indicar preferencias en cuanto a la medicación y al tratamiento y las preferencias relativas a la admisión/retención en un centro.

### **¿Cuál es la diferencia entre un Poder para la atención médica y un Testamento vital?**

Su Testamento vital explica, por escrito, sus deseos acerca del uso de métodos de soporte vital si no puede expresar su voluntad. Su Poder para la atención médica le permite elegir a una persona para que lleve a cabo su voluntad en cuanto a la atención médica cuando usted no pueda actuar por sí mismo.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## **Si tengo un Poder permanente para la atención médica, ¿también necesito un Testamento vital?**

Es posible que desee tener ambos. Cada uno aborda diferentes partes de su atención médica.

## **¿Puedo cambiar mi directiva anticipada?**

Sí, puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento. Es una buena idea revisar sus directrices anticipadas periódicamente para asegurarse de que estas continúan manifestando su voluntad y que cubren todas las áreas.

## **Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no pueda?**

La legislación de Ohio permite que su pariente más cercano elija su atención médica si se espera que usted morir y no puede actuar por sí mismo.

## **¿Dónde puedo obtener formularios de directivas anticipadas?**

Muchas personas y los lugares que le proporcionan atención médica cuentan con formularios de directivas anticipadas. También puede obtener estos formularios del sitio web de Midwest Care Alliance en:

[www.midwestcarealliance.org](http://www.midwestcarealliance.org)

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid, agencias de salud comunitarias o grupos legales también tengan formularios de directivas anticipadas. El formulario también está disponible en el siguiente sitio web:  
[http://proseniors.org/Law\\_Library/Health/Advance\\_Dir.html](http://proseniors.org/Law_Library/Health/Advance_Dir.html).
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.

## **¿Qué hago con mis formularios una vez completados?**

Debe entregar copias a su médico y centro de atención médica para incluirlos en su expediente médico. Dele uno a un familiar o amigo de confianza. Si ha elegido a una persona mediante un Poder para la atención médica, dele a esa persona una copia. Guarde una copia con sus documentos personales. Es posible que desee entregarle uno a su abogado o a algún miembro del clero. Asegúrese de decirles a su familia o amigos acerca de lo que ha determinado. No deje estos formularios aparte y se olvide de ellos.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- **Déles copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

**Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.**

### Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando al Departamento de salud de Ohio al 1-800-342-0553 o envíe un email a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).

### Donación de órganos y tejidos

Los habitantes de Ohio eligen si quieren que sus órganos y tejidos se donen a otras personas en caso de fallecimiento. Al dar a conocer esta preferencia, pueden garantizar que su voluntad se llevará a cabo de manera inmediata y que sus familias y seres queridos no tendrán que cargar con el peso de tomar esa decisión en un momento que de por sí es difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

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

- (1) *Puede expresar su voluntad para la donación de órganos o tejidos al momento de obtener o de renovar su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de ID estatal;*

-O-

- (2) *Puede registrarse en línea para donación de órganos a través del sitio web del Registro de donantes de Ohio (Ohio Donor Registry):*

[www.donatelifehio.org](http://www.donatelifehio.org)

### Que hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico un hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando al Departamento de salud de Ohio al 1-800-342-0553 o envíe un email a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

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

El Capítulo 9, *Que hacer si tiene un problema o una reclamación*, dice qué puede hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja. Le enviaremos también un aviso sobre cuándo puede hacer una apelación directamente ante la Oficina de audiencias del departamento de trabajo y servicios de familia de Ohio.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al miembro.

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

Usted es libre de ejercer todos sus derechos sabiendo que CareSource MyCare Ohio, nuestra red de proveedores, Medicare, y el Departamento de Medicaid de Ohio no los usarán en su contra.

Si cree que le trataron injustamente y *no* se trata de discriminación por las razones indicadas en la página 144 puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a Servicios al miembro**.
- Puede **llamar la Línea de ayuda al consumidor de Medicaid de Ohio** al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede **llamar al Ombudsman de MyCare Ohio** a la Oficina del Ombudsman de cuidados a largo plazo del estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Lea el Capítulo 2, Sección H, *Como comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio* para más información sobre esta organización.

### Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios al miembro**.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- Puede **llamar la Línea de ayuda al consumidor de Medicaid de Ohio** al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
  - » Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar el documento "Sus Derechos y Protecciones en Medicare". (Vaya a <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
  - » O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede **llamar al Ombudsman de MyCare Ohio** a la Oficina del Ombudsman de cuidados a largo plazo del estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Lea el Capítulo 2, *Como comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio* para más información sobre esta organización.

---

## K. Usted también tiene responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

- **Lea el *Manual del miembro* para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.**
  - » Para obtener detalles sobre sus servicios cubiertos, lea los Capítulos 3 y 4. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
  - » Para obtener detalles sobre sus medicamentos cubiertos, lea los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta que usted tenga.** Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios al miembro si usted tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su Tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.**
  - » Déles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- » Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de pagar:
  - » Las cuotas de Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de CareSource MyCare Ohio, Medicaid pagará la cuota de su Parte A y la cuota de su Parte B. Si usted paga su cuota de Parte A y/o Parte B y piensa que Medicaid debería haberla pagado, puede contactarse con el Departamento de trabajo y servicios de familia del condado, para asistencia.
  - » Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar por el servicio o medicamento.
  - ➔ Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9, Secciones 4 - 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios al miembro.
  - » **Si se muda afuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en **nuestra** área de servicio pueden tener CareSource MyCare Ohio. El Capítulo 1, Sección D, *¿Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio?* le informa sobre cuál es nuestra área de servicio. Le ayudaremos a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de receta en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan allí. Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid sobre su nueva dirección. Lea el Capítulo 2 y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  - » **Si usted se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted. También debe avisarle a su Trabajador social del condado localizado en el Departamento de trabajo y servicios de familia local.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro.**

---

## **L. Aviso sobre Medicare como segundo pagador**

A veces alguien tiene que pagar primero para los servicios que ofrecemos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el primer pagador.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

---

### ¿Qué hay en este capítulo?

---

En este capítulo hay información sobre sus derechos para preguntar por una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja. Léalo para saber qué hacer, si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
- Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

### Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo

---

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo, que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. Sin embargo, a veces es posible que tenga un problema cuando obtenga servicios, o puede estar descontento con la manera en que los servicios se prestaron o cómo le han tratado. Este capítulo explica las distintas opciones que usted tiene para atender los problemas y quejas sobre nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, los servicios que recibe y el pago de los servicios. **Usted también puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que le ayude a resolver su problema.**



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, por favor llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Contenido

|   |     |
|---|-----|
| ¿Qué hay en este capítulo? .....  | 166 |
| Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo.....  | 166 |
| Sección 1: Introducción.....  | 169 |
| Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema .....   | 169 |
| Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?.....   | 169 |
| Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda .....   | 170 |
| Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda.....  | 170 |
| Sección 3: Problemas con sus beneficios .....   | 173 |
| Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja? .....   | 173 |
| Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones .....   | 174 |
| Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones .....   | 174 |
| Sección 4.2: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? .....  | 174 |
| Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....  | 177 |
| Sección 5.1: Cuándo usar esta sección .....   | 177 |
| Sección 5.2: Cómo pedir una decisión de cobertura.....  | 179 |
| Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) .....   | 182 |
| Sección 5.4: Apelación de nivel 2 por servicios, artículos y medicamentos (no para lo que paga por cada receta Parte D) .....                                     | 187 |
| Sección 5.5: Problemas de pagos.....  | 191 |
| Sección 6: Medicamentos de la Parte D.....  | 193 |
| Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D..... | 193 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

|   |     |
|---|-----|
| Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?.....  | 196 |
| Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber para pedir una excepción .....  | 197 |
| Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción .....   | 198 |
| Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....  | 202 |
| Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....  | 205 |
| Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital .....  | 207 |
| Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare.....   | 207 |
| Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de salida del hospital .....  | 208 |
| Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de salida del hospital .....  | 211 |
| Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?.....  | 212 |
| Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto ..... | 214 |
| Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....  | 214 |
| Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado.....  | 215 |
| Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado.....  | 217 |
| Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?.....  | 218 |
| Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....   | 221 |
| Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare .....  | 221 |
| Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid.....   | 221 |
| Sección 10: Cómo presentar una queja.....   | 222 |
| Sección 10.1: Quejas internas .....   | 224 |
| Sección 10.2: Quejas externas .....   | 226 |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 1: Introducción

---

### Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

### Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión sobre cobertura” en lugar de “Determinación de la organización,” “determinación de beneficios” o “Determinación sobre cobertura”
- “Decisión rápida sobre cobertura” en lugar de “Determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda

---

### Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso. Para obtener ayuda, puede ponerse en contacto con cualquiera de los siguientes recursos.

#### ***Cómo obtener ayuda de Servicios al miembro de nuestro plan***

Servicios al miembro puede ayudarle con cualquier problema o queja sobre sus cuidados de salud, medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo. Queremos ayudarle con problemas como: entender cuáles servicios están cubiertos; cómo obtener servicios; cómo encontrar un proveedor; qué hacer cuando le pidan que pague por un servicio; cómo pedir una decisión sobre cobertura o una apelación; o presentar una queja (también llamada un reclamo). Para contactarnos usted puede:

- Llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163. (TTY: 1-800-750-0750), el lunes a viernes, de 8 a.m a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- Visitar nuestro sitio web [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) para enviar una pregunta, queja o apelación.
- Llenar nuestro formulario de apelación/queja en la página 228 de este capítulo o llamar a Servicios al miembro y pedirles que le manden el formulario por correo.
- Escribir una carta haciendo su pregunta, problema, queja o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número localizado en el frente de la Tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio y su dirección y número de teléfono. También debería enviarnos toda la información que ayude para explicar su problema.

Mándenos el formulario o carta a:

CareSource  
ATTN: Member Grievance & Appeals  
P.O. Box 1947  
Dayton, OH 45401-1947

#### ***Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio***

Si necesita ayuda, puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio. En la Línea directa pueden responder a sus preguntas y lo dirigirán al personal que le ayudará a comprender qué debe hacer sobre su problema. La línea directa no está vinculada ni con nosotros ni con



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

cualquier compañía de seguros o plan de salud. Usted puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en <http://www.medicaid.ohio.gov>.

### ***Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio***

También puede obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio. El Ombudsman de MyCare Ohio ayuda a resolver problemas que usted pueda tener con nuestro plan. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. El Ombudsman de MyCare Ohio es una entidad independiente que aboga por usted y no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. También puede presentar una queja a través del internet en: <http://aging.ohio.gov/contact>. Los servicios son gratuitos.

### ***Cómo obtener ayuda de Medicare***

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

### ***Cómo obtener ayuda de otros recursos***

*También puede hablar con las siguientes personas sobre su problema y pedir que lo ayuden.*

- Hable con su médico o con otro proveedor. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura. Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden presentar una Apelación de nivel 1 en su nombre.
  - » Si usted desea que su doctor u otro proveedor actúen en su nombre para una apelación por servicios cubiertos solamente por Medicaid o para pedir una Audiencia ante el estado con Medicaid, usted debe nombrarle como su representante, por escrito.
- Hable con un amigo o miembro de su familia. Un amigo o un miembro de su familia puede pedir una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja en su nombre si usted los nombra como “representante”.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- » Si quiere que alguien sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También puede obtener este formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/cms1696.pdf> o *nuestro sitio web en CareSource.com/MyCare*. El formulario le da permiso a la persona para actuar por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- » *También vamos a aceptar una carta u otra forma apropiada para autorizar a su representante.*
- Hable con un abogado. Usted puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio local de abogados (bar association) o de otro servicio de referencia. Si desea obtener información sobre ayuda legal gratuita, puede ponerse en contacto con su oficina local de ayuda legal o llamar a Servicios jurídicos de Ohio al número gratuito 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si desea que lo represente un abogado, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante. Por favor tenga en cuenta que, **no necesita que un abogado** pida una decisión de cobertura o presente una apelación o queja.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 3: Problemas con sus beneficios

---

### Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja?

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En la siguiente tabla podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

| <b>¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?</b><br>(Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular, medicamentos de receta o servicios y respaldos a largo plazo están o no cubiertos y problemas relacionados con los pagos por artículos y servicios.) |   |
|--|---|
| <b>Sí.</b><br><br>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.<br><br>Vaya a la <b>Sección 4, “Decisiones sobre cobertura y apelaciones”</b> , en la página 174.   | <b>No.</b><br><br>Mi problema <u>no</u> es sobre beneficios o cobertura.<br><br>Vaya a la <b>Sección 10: “Cómo presentar una queja”</b> , en la página 222. |



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

---

### Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos que le han negado.

#### *¿Qué es una decisión sobre cobertura?*

Una *decisión sobre cobertura* es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros tomamos una decisión sobre cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos por usted y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión sobre cobertura antes que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

#### *¿Qué es una apelación?*

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su doctor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

#### *¿Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones?*

Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los recursos mencionados en la Sección 2.1, en la página 170.

### Sección 4.2: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted sólo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación:**

- **La Sección 5, en la página 177** le da información si tiene problemas para recibir cuidados o artículos médicos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- » No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
- » No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
  - » **NOTA:** Use la Sección 5, solamente por problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo \* no están cubiertos por la Parte D. Lea la Sección 6 en la página 193 para información sobre cómo presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
- » Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
- » Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
- » Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
  - » **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8., en las páginas 207 y 214.
- **La Sección 6, en la página 193** le ofrece información si tiene problemas sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - » Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
  - » Quiere pedirnos que cancelemos los límites a la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  - » Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  - » No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
  - » Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró, así su pago puede ser devuelto. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión sobre cobertura de un pago.)



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- **La Sección 7, en la página 207** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente interno, si usted cree que su doctor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
  - » Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que le den de alta del hospital demasiado pronto.
- **La Sección 8, en la página 214** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

**Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163.**

**Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).**



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

---

### Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados o artículos médicos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud del comportamiento, artículos, y servicios y respaldos a largo plazo. También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que no estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo \* no están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección 6 para Apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección dice qué puede hacer si usted está en una de las siguientes situaciones:

1. **Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de cuidado a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.**

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 179, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. **Quiere que cubramos un beneficio que requiere una aprobación del plan (también llamada autorización previa) antes de que usted reciba el servicio.**

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 179, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

**NOTA:** Lea la *Tabla de beneficios* en el Capítulo 4 *para leer* una lista de servicios cubiertos e información sobre cuáles servicios requieren una autorización previa de nuestro plan. Lea la *Lista de Medicamentos cubiertos* para ver cuáles son los medicamentos **que** requieren una autorización previa. También puede ver la lista de servicios y medicamentos que requieren una autorización previa en *CareSource.com/MyCare*.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite *CareSource.com/MyCare*.

**3. No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y usted cree que deberíamos hacerlo.**

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3, en la página 182, para obtener información sobre cómo apelar.

**4. No aprobamos su solicitud para recibir servicios de exención de un proveedor específico de la red, que no es un agente o un proveedor dirigido por el participante.**

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar su solicitud. Vaya a la Sección 5.3, en la página 182, para obtener información sobre cómo apelar.

**5. Usted recibió servicios o artículos que usted creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.**

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 182 de esta sección para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

**6. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para que le devuelvan lo que usted pagó.**

**Qué puede hacer:** Usted puede pedir que nos pongamos de acuerdo con su proveedor para que le devuelva lo que usted pagó. Vaya a la Sección 5.5, en la página 191, para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

**7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura por cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.**

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o artículo. Vaya a la Sección 5.3, en la página 182, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si le decimos que los servicios o artículos, que aprobamos anteriormente, van a ser reducidos, suspendidos o interrumpidos antes de que usted reciba todos los servicios o artículos que se aprobaron, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios y artículos durante la apelación. Lea "*¿Continuarán mis beneficios durante la apelación de Nivel 1?*" en la página 186.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

**NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, en las páginas 207 y 214, para obtener más información.

**8. No tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos que deberíamos tener.**

**Qué puede hacer:** Puede presentar una queja o una apelación. Vaya a la Sección 10 en la página 222 para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Vaya a la Sección 5.3, en la página 182, para obtener más información sobre cómo hacer una Apelación de nivel 1.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750)

**9. No tomamos una decisión de una apelación dentro de los plazos que deberíamos tener.**

**Qué puede hacer:** Puede presentar una queja. Vaya a la Sección 10, en la página 222 para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Además, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado. Vaya a la Sección 5.4, en la página 187 para obtener más información sobre cómo pedir una Audiencia con el estado. Tenga en cuenta que si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, transferiremos automáticamente su Apelación al nivel 2, si no le dimos una respuesta en el plazo establecido.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750)

## Sección 5.2: Cómo pedir una decisión de cobertura

*Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener un servicio, artículo o medicamento de Medicaid (vaya a la Sección 6 para medicamentos de Medicare de la Parte D)*

Para pedir una decisión sobre cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico autorizado que nos pidan tomar una decisión.

- Llámenos al: 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).
- Envíenos un fax al: 1-855-489-3403



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Escribanos a: CareSource  
ATTN: Member Appeals  
P.O. Box 1947  
Dayton, OH 45401

➔ Recuerde que debe llenar el formulario de Nombramiento de un representante, para designar a alguien como su representante autorizado. *También vamos a aceptar una carta u otra forma apropiada para autorizar a su representante.* Para más información, lea la Sección 2.1, en la página 170.

*¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?*

Vamos a tomar una decisión de cobertura estándar para medicamentos de Medicaid dentro de las 72 horas después de pedirla.

Vamos a tomar una decisión de cobertura estándar para todos los otros servicios y artículos a más tardar en 10 días calendario después de pedirla. Si no le informamos de nuestra decisión en 10 días calendario, puede apelar.

➔ Usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta diciéndole que tenemos que tomar hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.

*¿Puedo obtener una decisión sobre cobertura más rápida?*

**Sí.** Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión sobre cobertura rápida”. Si aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión en 24 horas para medicamentos de Medicaid y en 48 horas para todos los otros servicios y artículos.

***El término legal para “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación acelerada.”***

➔ Excepto en el caso de decisiones de cobertura rápida para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta diciéndole que tenemos que tomar hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

*Cómo pedir una decisión sobre cobertura rápida:*

- Si quiere pedir una decisión sobre cobertura rápida, empiece llamando o mandando un fax a nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-855-475-3163 o mandarnos un fax al 1-855-489-3403. Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o representante autorizado que nos llame.

*Estas son las reglas para pedir una decisión sobre cobertura rápida:*

Para obtener una decisión sobre cobertura rápida, usted debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente si* está pidiendo algún cuidado médico o artículo *que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con la devolución de un pago por cuidados médicos o un artículo que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente si* la fecha límite estándar podría *causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse*. Las fechas límites estándar son 72 horas para los medicamentos de Medicaid y 14 días calendario para todos los otros servicios y artículos.
  - ➔ **Si su médico determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.**
  - ➔ Si usted nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.
    - » Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos las fechas límites estándar para tomar nuestra decisión.
    - » Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión sobre cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
    - » La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de una decisión sobre cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 222.)

***Si la decisión sobre cobertura es Sí ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?***

Para decisiones de cobertura estándar, autorizaremos la cobertura en 72 horas para medicamentos de Medicaid y en 14 días calendario para todos los otros servicios



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

y artículos. Para decisiones de cobertura rápida, autorizaremos la cobertura en 24 horas para medicamentos de Medicaid y en 72 horas para todos los otros servicios y artículos. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, vamos a autorizar la cobertura al final de este período de extensión.

### ***Si la decisión de cobertura es No, ¿cuándo lo sabré?***

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta explicando nuestros motivos para responder que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si usted decide apelar la decisión sobre cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (Para más información, lea la sección siguiente).

### **Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)**

#### ***¿Qué es una apelación?***

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Usted también puede apelar si no tomamos la decisión de cobertura dentro de las fechas límites establecidas. Le enviaremos un aviso por escrito cada vez que tomemos una acción o dejemos de tomar una acción que usted puede apelar.

- ➔ **NOTA:** Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de los servicios que solamente cubre Medicaid, usted debe dar el nombre de él o ella, como su representante, por escrito. Para más información, lea "*¿Alguien más puede presentar la apelación en nombre mío?*" en la página 183.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750). El Ombudsman de MyCare Ohio no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con un plan de salud.

#### ***¿Qué es una Apelación de nivel 1?***

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión sobre cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

### ¿Cómo presento una Apelación de nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debe comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) o escribirnos a la siguiente dirección:

CareSource  
ATTN: Member Grievance & Appeals  
P.O. Box 1947  
Dayton, OH 45401-1947

Si decide escribirnos, puede elaborar su propia carta o puede utilizar el formulario de apelación/quejas de la página 228. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número ubicado en el frente de la Tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio y su dirección y número de teléfono. También debería incluir toda la información que ayude a explicar su problema.

- Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2.
- Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

#### **En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1**

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. Usted también puede llamarnos para apelar.

- Pida **a más tardar en 90 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
  - Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.
- ➔ Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**

### ¿Alguien más puede presentar la apelación en nombre mío?

Sí. Su médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden solicitar la apelación en su nombre. También, alguna otra persona puede solicitar la apelación en su nombre, pero primero usted deberá completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios al miembro o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o *nuestro sitio web en CareSource.com/MyCare*. También aceptamos una carta u otro formulario adecuado para autorizar a su representante.

- ➔ Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted o su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar su apelación. Para los servicios cubiertos solamente por Medicaid, si quiere que su médico, otro proveedor o alguien más actúe en su nombre, debemos recibir su autorización por escrito.

### ***¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?***

Usted deberá presentar una apelación a más tardar 60 días después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión.

Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

- ➔ **NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente cambiará o será interrumpido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso, Para más información, lea "*¿Continuarán mis beneficios durante la Apelación de nivel 1?*" en la página on page 186.

### ***¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?***

Sí. Pídanos una copia llamando a Servicios al miembro al 1-855-475-3163.

### ***¿Mi médico puede darles más información para respaldar mi apelación?***

Sí. Tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

### ***¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?***

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original sobre cobertura.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su médico.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

**¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “estándar”?**

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 15 días calendario después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad lo exige.

- Sin embargo, si usted o su proveedor nos piden más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
- Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 222.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (lea la Sección 5.4, en la página 187). Usted será notificado cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 187).

Usted también puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación dentro del plazo requerido (lea la Sección 10, en la página 222).

- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio a más tardar en 15 días después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2 (lea la Sección 5.4, en la página 187). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le dirá que puede solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 187).

**¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en una apelación “rápida”?**

Si usted presenta una apelación rápida, le dejaremos saber dentro de 48 horas a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria para decidir sobre su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad lo exige.

- Sin embargo, si usted o su proveedor nos piden más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.

- Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 222.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (lea la Sección 5.4, en la página 187). Usted será notificado cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 187).

Usted también puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación dentro del plazo requerido (lea la Sección 10, en la página 222).

- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2 (lea la Sección 5.5, en la página 191). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le dirá que puede solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 187).

### ***¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 1?***

**Sí**, si usted cumple con ciertos requisitos. Si ya habíamos aprobado la cobertura para un servicio pero luego decidimos cambiarlo o interrumpirlo, antes de que el periodo de autorización haya terminado, le enviaremos un aviso por lo menos 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor que solicitaron el servicio, deben **solicitar una apelación en o antes de la última de las siguientes** opciones para continuar recibiendo el servicio durante el proceso de apelación:

- Dentro de los 15 días calendario siguientes a la fecha del envío de nuestro aviso de acción **o**
- La fecha en la que la acción será implementada.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Si necesita seguir recibiendo beneficios, usted puede seguir recibiendo el servicio hasta que pase uno de los siguientes: 1) usted retira su apelación; o 2) pasan 15 días calendario después de que le avisamos que nuestra respuesta a su apelación es **No**.

➔ **NOTA:** A veces usted podría seguir recibiendo sus beneficios incluso si decimos que **No** a su apelación. Si su servicio está cubierto por Medicaid y usted también pide una Audiencia ante el estado, es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias del estado tome una decisión. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios continuarán durante el Nivel 2 del proceso de apelación. Para más información, lea la Sección 5.4, en la página 187.

### **Sección 5.4: Apelación de nivel 2 por servicios, artículos y medicamentos (no para lo que paga por cada receta Parte D)**

#### ***Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucederá después?***

Le enviaremos una carta si decimos que **No** a todo o parte de su Apelación de nivel 1. En esta carta, se le informará si el servicio o el artículo está cubierto en primer lugar por Medicare y/o Medicaid.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta se le informará que puede solicitar una Audiencia estatal. Consulte la página 188 de esta sección para obtener información sobre las Audiencias estatales.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente obtendrá una Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) ni bien finalice la Apelación de nivel 1.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría estar cubierto en primer lugar **tanto por Medicare como por Medicaid**, automáticamente obtendrá una Apelación de nivel 2 ante la IRE. En la carta, se le informará que también puede solicitar una Audiencia estatal. Consulte la página 188 de esta sección para obtener información sobre las Audiencias estatales.

#### ***¿Qué es una Apelación de nivel 2?***

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación con respecto a un servicio o un artículo. En una Apelación de nivel 2, la revisión la hace una organización independiente que no está relacionada con el plan.

#### **Mi problema es acerca de un servicio o un artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de nivel 2?**

*Si decimos que No a su Apelación de nivel 1 y se trata de un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicaid, puede solicitar una Audiencia estatal.*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

### ***¿Qué es una Audiencia estatal?***

Una Audiencia estatal es una reunión donde participa usted o su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento del Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS). En esta audiencia, usted explicará el motivo por el que considera que nuestro plan no tomó la decisión correcta y nosotros le explicaremos el motivo por el que tomamos nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene la razón conforme a la información proporcionada y las normas.

Le enviaremos un aviso por escrito de su derecho a solicitar una Audiencia estatal. Si se encuentra en la exención de MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos de Audiencia estatal. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte su Manual del miembro para la Exención de Servicios de Atención Comunitaria y en el Hogar.

### ***¿Cómo solicito una Audiencia estatal?***

Para solicitar una Audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 120 días calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso de sus derechos de Audiencia estatal. Los 120 días calendario comienzan a contarse a partir del día posterior a la fecha de envío del aviso. Si usted deja pasar los 120 días calendario límites por un motivo justificado, posiblemente la Oficina de Audiencias Estatales pueda darle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que tiene que solicitar una Apelación de nivel 1 antes de poder solicitar una Audiencia estatal.

➔ **NOTA:** Si quiere que alguien lo represente, inclusive su médico u otro proveedor, debe proporcionar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso por escrito en el que indique que desea que dicha persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de Audiencia estatal a la dirección o al número de fax que figuran en el formulario o enviar su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

### ***¿Cuánto tiempo tarda una decisión de una Audiencia estatal?***

Generalmente, la decisión de una Audiencia estatal se proporciona antes de los 70 días calendario posteriores a la fecha en que la Oficina de Audiencias Estatales recibe la solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales acepta que este período podría ocasionar daños graves a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento, la decisión se proporcionará lo más rápido posible, antes de que transcurran los 3 días laborales posteriores a la fecha en que la Oficina de Audiencias Estatales recibió su solicitud.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

***Mi problema es acerca de un servicio o un artículo que está cubierto por Medicare.  
¿Qué pasará en la Apelación de nivel 2?***

Si decimos que No a su Apelación de nivel 1 y Medicare generalmente cubre el servicio o artículo en cuestión, usted obtendrá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE). Una Entidad de revisión independiente (IRE) hará una revisión cuidadosa de la Decisión de nivel 1 y decidirá si debe cambiarse.

- Usted no necesita solicitar la Apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (completo o en parte) a la IRE. Le avisaremos cuando esto ocurra.
- La IRE fue contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al 1-855-475-3163.

***¿Cuánto tiempo tarda una decisión de la IRE?***

- ➔ La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de que reciba su apelación. Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener servicios o artículos médicos.
  - » Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.
- ➔ Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
  - » Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

***¿Qué pasa si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?***

*Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, automáticamente enviaremos su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia estatal. Para solicitar una Audiencia estatal, siga las instrucciones de esta sección en la página 188.*

***¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 2?***

Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, *usted puede* solicitar que sus beneficios continúen durante las Apelaciones de nivel 2 en algunos casos.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- *Si su problema es acerca de un servicio cubierto en primer lugar por **Medicaid únicamente**, puede solicitar que sus beneficios continúen durante las Apelaciones de nivel 2. Para que el servicio continúe durante la Audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben solicitar una Audiencia estatal antes de que ocurra lo último entre lo siguiente:*
  - *15 días calendarios de la fecha de envío por correo de nuestra carta informándole que rechazamos su Apelación de nivel 1, o*
  - *la fecha prevista para la entrada en vigencia de la medida.*
- *Si su problema es acerca de un servicio o artículo cubierto en primer lugar por **Medicare únicamente**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE).*
- *Si su problema es acerca de un servicio o artículo cubierto en primer lugar **tanto por Medicare como por Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la IRE. Si también solicita una Audiencia estatal, sus beneficios pueden continuar mientras esté pendiente la audiencia si presenta su solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente.*

*Si sus beneficios continúan, puede seguir obteniendo el servicio hasta que se produzca uno de los siguientes: 1) usted retira la apelación; 2) todas las entidades que recibieron su Apelación de nivel 2 (IRE y la Oficina de Audiencias Estatales) deciden **No** aprobar su solicitud.*

### **¿Cómo me enteraré de la decisión?**

*Si su Apelación de nivel 2 fue una Audiencia estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará por correo un escrito con la decisión de la audiencia.*

- ➔ *Si la decisión de la audiencia es **Sí (admitida)** a todo o a parte de lo que pidió, en la decisión se le explicará claramente lo que nuestro plan debe hacer para tratar el problema. Si no comprende la decisión o tiene dudas sobre cómo obtener el servicio o el pago correspondiente, comuníquese con Servicios al miembro para obtener ayuda.*
- ➔ *Si la decisión de la audiencia es **No (desestimada)** a parte o a todo lo que pidió, eso significa que la Oficina de Audiencias Estatales coincidió con la Decisión de nivel 1. En la decisión de la Audiencia estatal se explicarán los motivos de la Oficina de Audiencias Estatales para decir que No y se le informará que tiene derecho a solicitar una Apelación administrativa.*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), esta le enviará una carta que explique su decisión.

- ➔ Si la IRE dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos a más tardar en 72 horas o darle el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una Apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos o darle el servicio o artículo a más tardar en las 72 horas posteriores a la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- ➔ Si la IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que coincide con la Decisión de nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se llama "rechazar su Apelación".

***Apelé tanto a la Entidad de revisión independiente como a la Oficina de Audiencias Estatales por los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué pasa si tienen decisiones diferentes?***

Si la Entidad de revisión independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden que **Sí** a todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobado que sea más cercano a lo que pidió en su apelación.

***Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?***

Si su Apelación de nivel 2 fue una Audiencia estatal, *puede apelar otra vez solicitando* una Apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud de una Apelación administrativa dentro de los 15 días calendario posteriores a 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), usted podrá presentar otra apelación, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere llega a cierta cantidad mínima. La carta que usted reciba de la IRE le explicará otros derechos de apelación adicionales que usted puede tener.

Lea en la Sección 9, en la página 221, más información sobre los niveles de apelación adicionales.

### **Sección 5.5: Problemas de pagos**

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Si recibe alguna factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el médico o proveedor directamente para solucionar el problema. Es posible que le paguemos al proveedor para que éste le pueda reembolsar el pago o que el proveedor acepte dejarle de cobrar por el servicio.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: *Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que tenga que pedir que lo ayudemos con el pago que hizo a un proveedor, o a pagar una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación que necesitamos para hacer el pago. El Capítulo 7 también tiene información que le ayudará a evitar problemas de pago en el futuro.

### ***¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por un servicio o artículo?***

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión sobre cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, trabajaremos con el proveedor para reembolsarle su pago.
- O, si usted no ha pagado los servicios todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión sobre cobertura.
- Si el servicio o artículo *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

### ***¿Y si decimos que no pagaremos?***

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar.** Siga los procesos de apelación descritos en la Sección 5.3, en la página 182. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- ➔ Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.
  - » Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
  - » Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación.”) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted podría apelar nuevamente sólo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere cumple con cierta cantidad mínima. Lea la Sección 9, en la página 221, para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.
- ➔ Si respondemos que *No* a su apelación y el servicio o artículo generalmente son cubiertos por Medicaid, usted podrá solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página 187).

---

## Sección 6: Medicamentos de la Parte D

---

### Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde sólo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo \* (*medicamentos que no pertenecen a la Parte D*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo \* siguen el proceso de la **Sección 5**, en la página 177.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

### ***¿Puedo pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?***

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que tomemos, sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
  - » Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan
  - » Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
  - » **NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión sobre cobertura.
  - » Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto es, pedir una decisión sobre cobertura sobre un pago que usted ya hizo. Recuerde, usted no debe tener que pagar por servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medicaid. Si usted se ve obligado a pagar el costo completo de un medicamento, llame a Servicios al miembro para asistencia.

***El término legal para una decisión sobre cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.***

Si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones sobre cobertura **y** cómo presentar una apelación.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Use esta tabla para decidir en qué sección hay información sobre su situación:

| <b>¿En cuál de estas situaciones está usted?</b>  |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede pedirnos que hagamos una excepción.</b> (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)</p> <p>Comience con la <b>Sección 6.2</b> en la página 196. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas 197 y 198.</p> | <p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede pedirnos una decisión sobre cobertura.</b></p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.4</b> en la página 198.</p> | <p>¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?</p> <p><b>Puede pedirnos que le devolvamos el pago.</b> (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)</p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.4</b> en la página 198.</p> | <p>¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?</p> <p><b>Puede apelar.</b> (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)</p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.5</b> en la página 202.</p> |



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción. Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado podrán pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5).
  - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
    - » Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - » Obtener una aprobación del plan antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa”.)
    - » Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “tratamiento progresivo”.)
    - » Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.

***El término legal, que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es “excepción de formulario”.***



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

**Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber para pedir una excepción**

*Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos*

Su médico u otro profesional autorizado deberá presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico o de otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternos”. En general, *no* aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

*Diremos Sí o No a su pedido de una excepción*

- Si decimos **Sí** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos **No** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección 6.5, en la página 202, le dice cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

### Qué hacer

- Pida el tipo de decisión sobre cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Llámenos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711).
- Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

Lea la Sección 2, en la página 170 para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.

- ➔ Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. El Capítulo 7 dice cómo llamar a Servicios al miembro y enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le cubramos el medicamento.

### **En resumen: Cómo pedir una decisión sobre cobertura por un medicamento de la Parte D o por un pago**

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión sobre cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
- Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.

Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

### ***Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión sobre cobertura rápida”***

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión sobre cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
  - » Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si está pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró.)
  - » Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si usando las fechas límite estándar podríamos *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse*.
  - » Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión sobre cobertura rápida” tomaremos una decisión sobre cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

Si usted nos pide tomar una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión sobre cobertura rápida.

Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para darle una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas. Se lo diremos en una carta. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 222.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**El término legal para “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.**

### ***Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”***

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, en 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de un profesional autorizado apoyando su pedido. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud nos exige hacerlo.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o de un profesional autorizado respaldando su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### ***Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de un profesional autorizado. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo exige.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente analizará su pedido.
- ➔ Si nuestra respuesta es ***Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o de un profesional autorizado.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- ➔ Si nuestra **respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

***Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” para el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a la farmacia a más tardar en 14 días calendario. La farmacia le devolverá su dinero.
  - ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede *apelar nuestra decisión*.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si nos pide una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) para apelar.
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario**, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

### **En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1**

Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Haga su solicitud **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
  - Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
- ➔ ¡Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones.

*El término legal para una apelación al plan sobre una decisión sobre cobertura de los medicamentos de la Parte D es “redeterminación” del plan.*

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711).
  - » Si quiere, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

**Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”**

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión sobre cobertura rápida” incluidos en la Sección 6.4, en la página 198.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**

**Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión**

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos para ver que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No**. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico o con otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

**Fechas límite para una “apelación rápida”**

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
  - Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No**.

**Fechas límite para una “apelación estándar”**

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario después de recibir su apelación o antes si su salud lo exige. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- ➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió:
  - » Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación.
  - » Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a la farmacia a más tardar en 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. La farmacia le devolverá su dinero.
- ➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

## Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, enviaremos automáticamente a ellos su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al 1-855-475-3163.
- Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

### **En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2**

Si quiere que una Entidad de revisión independiente revise su caso, debe apelar por escrito.

- Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
  - Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.

**El término legal** para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de Parte D es **“reconsideración.”**

### **Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2**

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida,” deberá responder a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

### ***Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2***

- Si usted tiene que presentar una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) deberá responder a su Apelación de nivel 2, a más tardar en 7 días calendario después de que reciba su apelación.
  - » Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos, a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
  - » Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a la farmacia a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión. La farmacia le devolverá su dinero.

### ***¿Y si la Entidad de revisión independiente responde No a su Apelación de nivel 2?***

**No** significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si usted quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que pidió, deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE con la decisión de su Apelación de nivel 2 le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

---

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se explica cómo hacerlo.

### Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el *Mensaje importante* se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que podría haberle dicho su médico o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También podrá ver el aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

- ➔ Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro o a Medicare a los números anotados arriba.

## Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente interno, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la Apelación de nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada para usted.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación sobre el cambio de su fecha de salida, llame a KEPRO al 1-844-455-8708.

### ***¡Llame inmediatamente!***

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos* encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad.

- Si llama antes de salir del hospital, se le permitirá quedarse *después* de la fecha de su salida *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el mejoramiento de la calidad.
- Si usted *no llama* para apelar y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.

### ***En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital***

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- ➔ Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4, en la página 212.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163. También puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

### ***¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?***

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

### ***Pida una “revisión rápida”***

Debe pedir a la Organización para el mejoramiento de la calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

***El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.***

### ***¿Qué pasará durante la revisión rápida?***

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

### **¿Y si la respuesta es Sí?**

**El término legal** para esta explicación por escrito es **“Aviso detallado de su salida”**. Podrá obtener una muestra llamando a Servicios al miembro al 1-855-475-3163. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver una muestra del aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### **¿Y si la respuesta es No?**

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente interno terminará al mediodía del día *después* que la Organización para el mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por su estadía continua en el hospital. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para el mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

### Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de salida del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2, **a más tardar en 60 días calendario**, después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a su Apelación de nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al 1-844-455-8708.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán, cuidadosamente, otra vez toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

#### **En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida otra revisión.

#### **¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?**

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente interno todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### **¿Qué sucederá si la respuesta es No?**

Esto significa que la Organización para el mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?**

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar Apelaciones en nivel 1 y nivel 2, llamada apelaciones alternas. Los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

**Apelación alterna de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple con todas las reglas.
- Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.

**En resumen: Cómo hacer una Apelación alterna de nivel 1**

Llame a Servicios al miembro y pida una “revisión rápida” de la fecha de su salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

- **Si decimos *Sí* a su revisión rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.

Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

- **Si respondemos *No* a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente interno terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
  - » Si permaneció en el hospital *después* de la fecha programada para su salida, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- ➔ Enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente” para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

***El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.***

### ***Apelación alterna de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital***

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 222 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará por qué dijimos que **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
- Si la IRE responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar nuestra cobertura para sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.

#### **En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2**

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.

En la carta que recibirá de la IRE se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

---

## Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto

---

Esta sección es *sólo* sobre los siguientes tipos de cuidado *solamente cuando son cubiertos por Medicare*:

- Servicios de cuidado de salud en el hogar.
  - Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
  - Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobada por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
- ➔ Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.
  - ➔ Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar por su cuidado*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

### Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama *Notificación de no cobertura de Medicare*.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir el cuidado.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar el costo de sus cuidados.

### Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar a nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de comenzar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página 222 se explica cómo presentar una queja.)
- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163. O, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

Durante una Apelación de nivel 1, una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al 1-844-455-8708. La información sobre como apelar ante la Organización para el mejoramiento de la calidad también se encuentra en la *Notificación de no cobertura de Medicare*. Este aviso es el que usted recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

#### **En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado**

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y pida una "apelación de vía rápida".

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

### **¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?**

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

### **¿Qué debe pedirles?**

Pídales una “apelación de vía rápida”. Ésta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

### **¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?**

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad *a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.*
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, lea la Sección 8.4, en la página 218.

***El término legal del aviso por escrito es “Notificación de no cobertura de Medicare”.***  
*Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Podrá ver una muestra de este aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>*

### **¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el mejoramiento de la calidad?**

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Cuando presente una apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización para el mejoramiento de la calidad, explicando por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- **A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

***El término legal para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es “Notificación detallada de no cobertura”.***

#### ***¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?***

- Si los revisores dicen **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

#### ***¿Qué sucederá si los revisores dicen No?***

- Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, usted tendrá que pagar el costo total por este cuidado.

### **Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado**

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al: 1-844-455-8708. Pida la revisión de Nivel 2, **a más tardar en 60 días**, después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad dijo **No** a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el mejoramiento de la calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días después de recibir su pedido de apelación.

**En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo**

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y pida otra revisión.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

**¿Qué sucederá si la organización de revisión dice Sí?**

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

**¿Qué sucederá si la organización de revisión dice No?**

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

**Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?**

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de apelar en el Nivel 1 y Nivel 2, esto es llamado Apelaciones alternas. Los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

**Apelación alterna de nivel 1 para continuar su cuidado más tiempo**

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Esta es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.

**En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 1**

Llame a nuestro número de Servicios al miembro y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
- **Si respondemos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.

También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

**Si respondemos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

- » Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

- ➔ Enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada.”**



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Apelación alterna de nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo**

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 222, se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE dice No** a su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

---

**En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado**

---

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.

---

En la carta que recibirá de la IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

---

### Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). Si quiere que un ALJ revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está pidiendo, debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted puede pedir que el ALJ revise su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el ALJ, puede dirigirse al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

### Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid

Si usted tuvo una Audiencia ante el estado por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de la Audiencia fue rechazada (no fue a su favor), usted tiene derecho a más apelaciones. El aviso con la decisión de la Audiencia ante el estado le explicará cómo solicitar una Apelación administrativa, enviando su solicitud a la Oficina de Audiencias del estado. La Oficina de Audiencias del estado debe recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario de la fecha en que la decisión de la audiencia fue hecha. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación administrativa, usted tiene derecho a apelar ante el tribunal de primera instancia del condado donde usted vive.

Si tiene preguntas o necesita asistencia con las Audiencias ante el estado o con Apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias del estado al 1-866-635-3748.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Sección 10: Cómo presentar una queja

### ¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

El proceso de quejas se usa *sólo* para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, recibir una factura y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

#### *Quejas sobre la calidad*

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

#### *Quejas sobre la privacidad*

- Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es *confidencial*.

#### *Quejas sobre el mal servicio al cliente*

- Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de CareSource MyCare Ohio lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

#### *Quejas sobre la accesibilidad*

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones de la oficina de un doctor o de otro proveedor.
- Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

#### *Quejas sobre los tiempos de espera*

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.

### **En resumen: Cómo presentar una queja**

Usted puede presentar una queja interna ante su plan o una queja externa ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que procesan quejas externas. Para encontrar más información, lea la Sección 10.2 en la página 226.

- ➔ Si necesita ayuda para presentar una queja o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

- Si los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud o Servicios al miembro y otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

#### *Quejas sobre la limpieza*

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del proveedor no están limpios.

#### *Quejas sobre el acceso lingüístico*

- Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

#### *Quejas por haber recibido una factura*

- Su médico o proveedor le envió una factura.

#### *Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros*

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

#### *Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones*

- Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Si cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o pagarle a un proveedor ciertos servicios médicos para que le devuelvan su dinero.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

***El término legal para una “queja” es un “reclamo”.***

***El término legal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.***

#### ***¿Hay tipos diferentes de quejas?***

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o**



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).**

### Sección 10.1: Quejas internas

Llame a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) para presentar una queja interna. Las quejas relativas a la Parte D deben presentarse **a más tardar en 60 días calendario** después de cuando tuvo el problema por el que se quiere quejar. Todas las demás quejas deben presentarse **a más tardar en 90 días calendario** después de cuando tuvo el problema por el que se quiere quejar.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al miembro se lo informará.
- Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla a nosotros. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito. También puede usar el formulario de la página 228 para presentar su queja.
- Específicamente, si quiere presentar una queja, puede hacerlo de alguna de las siguientes maneras:
  - Llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o
  - Complete el formulario de queja/apelación del afiliado, que se encuentra disponible en línea o en la página 228, o
  - Escriba una carta donde manifieste que no está satisfecho.

Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que aparece en el frente de su tarjeta de ID de CareSource MyCare Ohio y su dirección y número telefónico, de modo que podamos contactarlo, si fuese necesario. Envíe cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

CareSource  
ATTN: Member Appeals  
P.O. Box 1947  
Dayton, OH 45401-1947

Si su queja se relaciona con haber recibido una factura por la atención que recibió usted o un familiar, llame al número de teléfono que figura en la factura para asegurarse de que tienen su número de ID de CareSource MyCare Ohio, o para proporcionarles el seguro primario para el familiar que recibió la atención. Si le dicen que tienen esta información, pregunte por qué está recibiendo una factura.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Luego de esto, comuníquese al Departamento de Servicios para Afiliados y proporciónenos la siguiente información que figura en la factura:

- La fecha del servicio.
- El importe de la factura.
- El nombre del proveedor.
- El número de teléfono.
- El número de cuenta.
- Infórmenos el motivo por el que el consultorio del proveedor le facturó.

Si no está satisfecho con nuestra respuesta a su queja, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados y estaremos encantados de discutirlo con usted.

También tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento comunicándose a:

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

Si presenta una queja porque se le denegó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.

***El término legal para “una queja rápida” es “reclamación acelerada”.***

Si es posible le responderemos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Responderemos a las quejas sobre acceso al cuidado en 2 días hábiles. Responderemos el resto de las quejas en 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales (en total 44 días calendario) para responder a su queja. Le avisaremos por escrito si necesitamos más tiempo.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para darle una decisión de cobertura o de una apelación, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja, le diremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

## Sección 10.2: Quejas externas

### ***Usted puede informar a Medicare sobre su queja***

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

### ***Usted puede informar a Medicaid sobre su queja***

Puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede mandarnos su queja por e-mail a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov).

### ***Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles***

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos, si le parece que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Si quiere más información, también puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr>.

Usted también puede comunicarse con la Oficina local de derechos civiles en:

*Office of Civil Rights  
United States Department of Health and Human Services  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, Illinois 60601*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según *a Ohio Revised Code 4112.02*. Puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) o a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para pedir ayuda.

***Usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad***

Si su queja es sobre *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad (*sin* presentarla a nosotros).
- O puede presentarnos su queja a nosotros **y** ante la Organización para el mejoramiento de la calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos activos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-844-455-8708.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Formulario de queja/apelación del afiliado

**Ohio**

**Nombre del afiliado**

**N.º de Id. del afiliado**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dirección del afiliado**

**Teléfono del afiliado**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si el motivo de la queja/apelación involucre a uno o varios proveedores, proporcione la siguiente información, si cuenta con ella.**

**Nombre(s) del (de los) proveedor (es)** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Describa lo más detallado posible el motivo de la queja/apelación. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del afiliado)

(Fecha de presentación)

OFFICE USE ONLY

Action taken to resolve grievance/appeal:

Date Received: \_\_\_\_\_

Grievance Level 1 2

\_\_\_\_\_

Hearing Date: \_\_\_\_\_

(signature plan rep) (resolution date)



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con un administrador de cuidados, llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL AL REVERSO DEL  
FORMULARIO**



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con un administrador de cuidados, llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**Solicitud de redeterminación de la negación de medicamentos recetados a través de Medicare**

**Debido a que CareSource<sup>®</sup> MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) le negó su solicitud de cobertura de (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Debe enviarnos este formulario por correo o fax:**

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| Domicilio:             | Fax:           |
| CVS Caremark           | 1-855-633-7673 |
| MC 109                 |                |
| P.O. Box 52000         |                |
| Phoenix, AZ 85072-2000 |                |

También puede solicitarnos una apelación a través del sitio web [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare). Puede solicitar una apelación acelerada al teléfono 1-855-475-3163.

**Quién puede hacer una solicitud:** El profesional que prescribe puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) soliciten una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

**Información del afiliado**

Nombre de la persona inscrita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la persona inscrita \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

N.º de ID del plan de la persona inscrita \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el afiliado:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con la dirección del afiliado \_\_\_\_\_



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con un administrador de cuidados, llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Dirección

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es la persona inscrita o la persona que realiza las recetas para el inscrito:**

**Adjunte la documentación que demuestre autoridad para representar al afiliado (un formulario completo de Autorización de Representación CMS-1696 o equivalente por escrito) si no fue presentado durante el nivel de determinación de cobertura. Para recibir más información o nombrar un representante, comuníquese con su plan o con 1-800-Medicare.**

**Medicamentos con receta que usted solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Compró el medicamento mientras estaba pendiente la apelación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Importe pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte una copia del recibo) Nombre y teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de la persona que receta**

Nombre:

Dirección

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto de la oficina \_\_\_\_\_



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con un administrador de cuidados, llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o su médico consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar de manera grave a su salud o su capacidad de recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar la toma de una decisión acelerada (rápida). Si la persona que prescribe indica que esperar 7 días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos la decisión en 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico para presentar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SOLO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS**

Si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

**Explique sus razones para la apelación.** Agregue páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted crea que pueda ayudar en su caso, como una declaración de su médico y los registros médicos pertinentes. Es posible que desee referirse a la explicación que le dimos en el Aviso de negación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Firma de la persona que solicita la apelación (persona inscrita, persona que realiza las recetas para el inscrito o representante):**

Fecha: \_\_\_\_\_

H8452\_OHMMC226

Archivo y uso 4/22/2014

CareSource MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.

Es posible que correspondan limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados de CareSource MyCare Ohio o lea el Manual para el Afiliado.

Los beneficios, la Lista de medicamentos cubiertos, las redes de farmacias y proveedores y/o los copagos pueden cambiar durante el año y el 1 de enero de cada año.



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con un administrador de cuidados, llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro Plan MyCare Ohio

---

### Contenido

|   |     |
|---|-----|
| Introducción .....  | 235 |
| A. ¿Cuándo puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan MyCare Ohio?.....  | 235 |
| B. ¿Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro plan? .....   | 236 |
| C. ¿Cómo inscribirse en otro plan de MyCare Ohio? .....   | 236 |
| D. Si no quiere participar en un plan diferente de MyCare Ohio, ¿Cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid? .....                  | 237 |
| Cómo recibirá servicios de Medicare .....   | 237 |
| Cómo recibirá los servicios de Medicaid .....   | 238 |
| E. Usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que su participación cambie o termine ..... | 239 |
| F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación .....   | 239 |
| G. Nosotros <i>no podemos</i> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud   | 241 |
| H. Usted tiene derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan.....         | 241 |
| I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en su plan? .....  | 241 |



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, por favor llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan. Usted puede cambiar su participación en nuestro plan eligiendo recibir los servicios de Medicare por separado (usted se quedará en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Usted puede terminar su participación en nuestro plan, eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio. Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Ohio Medicaid, siempre que sea elegible.

---

### A. ¿Cuándo puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan MyCare Ohio?

Usted puede pedir cambiar o terminar su participación en CareSource MyCare Ohio en cualquier momento.

Si usted cambia su participación en nuestro plan eligiendo recibir los servicios de Medicare por separado:

- Usted seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que recibimos su solicitud. Su cobertura nueva de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 18 de enero usted solicitó no tener más Medicare a través de nuestro plan, su cobertura nueva de Medicare comenzará el 1º de febrero.

Si usted termina su participación en nuestro plan eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio:

- Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio, antes de los últimos cinco días del mes, su participación terminará el último día de ese mes. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 18 de enero usted solicitó cambiar de plan, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1º de febrero.
- Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio en uno de los últimos cinco días del mes, su participación terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 30 de enero usted solicitó cambiar de plan, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1º de marzo.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Éstas son algunas maneras más de obtener información sobre cuándo usted puede cambiar o terminar su participación:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## B. ¿Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro plan?

Si decide cambiar o terminar su participación:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando termine su participación en nuestro plan en la tabla de la página 10.

Lea la Sección A de arriba, para información sobre cuándo entrará en efecto su solicitud de cambiar o terminar su participación en nuestro plan.

---

## C. ¿Cómo inscribirse en otro plan de MyCare Ohio?

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede inscribirse a otro plan de MyCare Ohio.

Para inscribirse en otro plan de MyCare Ohio:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio, antes de los últimos cinco días del mes, su cobertura con CareSource MyCare Ohio terminará el último día de ese mes. Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio en uno de los últimos cinco días del mes, su cobertura con CareSource MyCare Ohio terminará el último día del mes siguiente.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

Vea la Sección A de arriba, para información sobre cuándo puede cambiar o terminar su participación.

## D. Si no quiere participar en un plan diferente de MyCare Ohio, ¿Cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid?

Si no quiere inscribirse en otro plan de MyCare Ohio, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid todavía estarán provistos a través de CareSource MyCare Ohio.

### Cómo recibirá servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>1. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan de Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos de receta de Medicare</b></p> | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el plan de salud nuevo solamente de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Su inscripción en CareSource MyCare Ohio se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p> |
|---|---|



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

|  |  |
|--|--|
| <p><b>2. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</b></p>   | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede seleccionar un plan Parte D en ese momento.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Su inscripción en CareSource MyCare Ohio se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos de receta y Medicare original.</p> |
| <p><b>3. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Original Medicare sin un plan de medicamentos de receta por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente.</p> | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Su inscripción en CareSource MyCare Ohio se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare original.</p>  |

### Cómo recibirá los servicios de Medicaid

Usted debe recibir sus beneficios de Medicare de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, aunque no quiera recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan de MyCare Ohio,



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

aun así usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de CareSource MyCare Ohio u otro plan de cuidados administrados de MyCare Ohio.

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

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

Cuando deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, usted recibirá una Tarjeta de identificación de miembro nueva y un *Manual del miembro* nuevo para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiar a un plan de MyCare Ohio diferente para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio, al 7-1-1.

---

## **E. Usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que su participación cambie o termine**

Si usted cambia o termina su inscripción con CareSource MyCare Ohio, tomará tiempo para que su nueva cobertura comience. Lea la página 235 para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**  
Normalmente, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red, incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que cambie o termine su participación, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.**  
Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

---

## **F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación**

Estos son los casos en los que Medicare y Medicaid deberán terminar su participación en el plan:



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare terminarán el último día del mes en que termine su Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted ya no es elegible para Medicaid o usted deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad para MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses o establece su residencia primaria fuera del estado de Ohio.
- Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al miembro para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va la cárcel o prisión por algún delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de receta.
- Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para quedarse en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podemos pedirle a Medicare y a Medicaid que terminen su inscripción en nuestro plan por los siguientes motivos:

- Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que alguien más use su Tarjeta de identificación de miembro para obtener cuidados médicos.
  - » Si terminamos su participación por este motivo, Medicare y/o Medicaid podrían pedir que el Inspector general investigue su caso. También es posible un enjuiciamiento civil y/o penal.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

---

## **G. Nosotros *no podemos* pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud**

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, 7 días de la semana.

También debería llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

---

## **H. Usted tiene derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan**

Si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una reclamación o queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Usted puede también leer en el Capítulo 9, Sección 10 para la información sobre cómo presentar una queja.

---

## **I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en su plan?**

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden terminar su participación, puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m..



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

---

**Administrador de atención:** Esta es una persona que trabaja con usted, con CareSource MyCare Ohio y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección C, *¿Cuáles son las ventajas de este plan?*)

**Aparatos ortopédicos/prótesis:** Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral. (Consulte el Capítulo 3, Sección L, *Reglas para la propiedad de equipo médico permanente.*)

**Área de servicio:** El área geográfica en la que nuestro plan de salud acepta afiliados según dónde viven. El plan puede cancelar su inscripción de forma permanente si usted se muda fuera del área de servicio. (Consulte el Capítulo 1, Sección D, *¿Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio?*)

**Autorización previa:** Aprobación que se obtiene con anticipación para recibir determinados servicios o medicamentos. Su proveedor debe presentar la información a CareSource MyCare Ohio y solicitar la aprobación para que usted reciba el servicio. (Consulte el Capítulo 3, Sección B, *Reglas para obtener la atención médica, para acceder a los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan.*)

**Centro de cuidados paliativos:** Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir de manera confortable. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir recibir atención en un centro de cuidados paliativos. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención completa a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. CareSource MyCare Ohio debe darle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica. (Consulte el Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios.*)

**Directiva anticipada:** Un documento legal que puede usar para dar instrucciones sobre su atención de salud futura en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Algunos ejemplos son el *testamento en vida* y un *poder para la atención médica*. (consulte el Capítulo 8, Sección I, *Tiene derecho a formar parte de las decisiones sobre su atención médica.*)

**Equipo de atención:** Médicos, enfermeros/as, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención y el administrador de atención médica trabajarán junto a usted para proponer un plan de atención



**Si tiene alguna pregunta**, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, por favor llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades. El equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección C, *¿Cuáles son las ventajas de este plan?*)

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos elementos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. (Consulte el Capítulo 3, Sección K, *Reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME)*)

**Especialista:** Es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Por ejemplo: los oncólogos atienden a pacientes con cáncer; los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas. (Consulte el Capítulo 9, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.*)

**Explicación de beneficios (EOB):** Un informe resumido que le enviamos cuando utiliza los beneficios de MyCare para verificar los servicios o medicamentos que recibe. La EOB para medicamentos con receta le ayuda a comprender y hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D. Le indica el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *¿Qué otra información recibirá de nosotros?*)

**Facturación incorrecta/inadecuada:** Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio cuando obtenga servicios o recetas. Llame a Servicios para miembros si recibe facturas que no entiende. Debido a que CareSource MyCare Ohio paga el costo total por sus servicios, usted no adeuda ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

**Farmacias de la red:** Las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red cuyos servicios desee utilizar. Salvo en una emergencia, usted *debe* surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague por éstos. Si no se trata de una emergencia, puede solicitarnos con antelación usar una farmacia fuera de la red. (Vea el Capítulo 1, Sección J, *¿Qué otra información recibirá de nosotros?*)

**Límites de cantidad:** Un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento cubierto por receta o a un período de tiempo definido. (Consulte el Capítulo 5, Sección D, *Por qué su medicamento podría no estar cubierto.*)



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario o “Lista de medicamentos”):** Una lista de medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. (Vea el Capítulo 1, Sección J, *¿Qué otra información recibirá de nosotros?*)

**Medicaid:** Es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados para que éstas paguen los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, así como quién califica para recibir los beneficios. También determina qué servicios tienen cobertura y el costo de dichos servicios. Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando adopten las normas federales. (Consulte el Capítulo 1, Sección B, *¿Qué es Medicare y Medicaid?*)

**Medicamento necesarios:** Los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a una residencia geriátrica. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica. (Consulte el Capítulo 3, Sección B, *Reglas para obtener la atención médica, para acceder a los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan.*)

**Medicare:** Es 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 (insuficiencia renal). (Consulte el Capítulo 1, Sección B, *¿Qué es Medicare y Medicaid?*)

**Plan de atención:** El plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los obtendrá: Su equipo de atención trabajará continuamente con usted para actualizar su plan de atención y así abordar los servicios médicos que necesita y desea obtener. (Consulte el Capítulo 1, Sección G, *¿Cuáles son las ventajas de este plan?*)

**Plan Medicare-Medicaid:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo y por otros proveedores. También cuenta con administradores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección A, *Bienvenido a CareSource MyCare Ohio.*)

**Poder para la atención médica (POA):** Un Poder para la atención médica (Power of Attorney, POA) es un documento legal que permite que elija a alguien para hacer cumplir su voluntad respecto a la atención médica. La persona actúa por usted en el caso en que usted no pueda actuar por sí mismo. Un Poder para la atención médica se denomina a veces Poder legal permanente



**Si tiene alguna pregunta,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

para la atención médica. (Consulte el Capítulo 8, Sección I, *Tiene derecho a formar parte de las decisiones sobre su atención médica.*)

**Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):** Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude por la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros doctores y proveedores de atención de la salud acerca de su cuidado y remitirlo con ellos. (Consulte el Capítulo 9, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.*)

**Proveedores de la red:** Médicos, enfermeros/as y otros profesionales de la salud a los que puede visitar por ser afiliado de nuestro plan. Los proveedores de la red también incluyen las clínicas, los hospitales, los centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios médicos en nuestro plan. También incluyen agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid. Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago por parte de nuestro plan como pago total de los servicios cubiertos. Para obtener una lista completa de los proveedores de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *¿Qué otra información recibirá de nosotros?*)

**Responsabilidad del paciente:** Este es el monto que usted debe pagar por sus servicios de atención a largo plazo mientras reside en un centro. (Consulte el Capítulo 3, Sección A, *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.*)

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, la salud conductual, los medicamentos recetados y de venta libre, el equipo y otros servicios por los que nuestro plan paga. (Consulte el Capítulo 3, Sección A, *Acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red”.*)

**Servicios para Afiliados:** Un departamento de nuestro plan que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas acerca de su afiliación, beneficios, reclamaciones y apelaciones. (Consulte el Capítulo 2, Sección A, *Cómo comunicarse a Servicios para Afiliados de CareSource MyCare Ohio*)

**Servicios y apoyos a largo plazo:** Algunas veces se denominan servicios de exención; estos incluyen, por ejemplo, comidas con reparto a domicilio, servicios de respuesta en emergencias y atención de día para adultos. Estos son servicios para ayudar a los afiliados elegibles a vivir de manera independiente. (Consulte la *Introducción del Manual*, página 14.)

**Terapia escalonada:** Una regla que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su padecimiento antes de que cubramos el medicamento que su médico pudo haberle



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

recetado inicialmente. Esto puede aplicar a algunos de los medicamentos que aparecen en nuestra lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 5, Sección C, *Límite en la cobertura de ciertos medicamentos.*)

**Tutor:** Una persona nombrada por un tribunal para ser legalmente responsable de otra persona. Un tribunal nombra a un tutor para administrar los asuntos personales de un adulto que ya no puede tomar decisiones razonables y seguras por sí mismo debido a una incapacidad mental o legal. Un menor de edad también puede tener un tutor designado por un tribunal en determinadas circunstancias. Únicamente un tribunal puede designar a un tutor. El tribunal que generalmente designa un tutor es un tribunal de sucesiones local. Podría ser diferente dependiendo de dónde vive. Póngase en contacto con su tribunal local, un abogado local o el servicio de ayuda legal para obtener información sobre tutela. (Consulte el Capítulo 2, Sección B, *Cómo comunicarse con su administrador de atención médica.*)



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).

## Servicios al miembro de CareSource MyCare Ohio

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <p><b>POR TELÉFONO</b></p> | <p>1-855-475-3163</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. el lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita hablar con su administrador de cuidados, por favor llame al 1-866-206-7861, 24 horas al día, siete días de la semana.</p> <p>Servicios al miembro también tiene servicio de intérpretes gratuito, para las personas que no hablen inglés.</p> |
| <p><b>TTY</b></p>          | <p>1-800-750-0750 o 711</p> <p><i>Este número requiere equipo telefónico especial y es para personas que tienen problemas para oír o hablar.</i></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m.</p>  |
| <p><b>POR CORREO</b></p>   | <p>CareSource<br/>P.O. Box 8738<br/>Dayton, OH 45401-8738</p> <p>Envíe las apelaciones a:<br/>CareSource<br/>Attn: Member Appeals<br/>P.O. Box 1947<br/>Dayton, OH 45401</p>   |
| <p><b>SITIO WEB</b></p>    | <p><i>CareSource.com/MyCare</i></p>  |

### ¿Sabía que...?

Puede registrarse para abrir una cuenta personal en línea que puede ayudarlo a obtener la mejor experiencia como afiliado. Con My CareSource® usted puede:

- Cambiar su médico.
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación (ID).
- Ver reclamos y detalles del plan.
- Y mucho más.

Para registrarse simplemente visite [MyCareSource.com](http://MyCareSource.com)



**Si tiene alguna pregunta**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ENGLISH

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## SPANISH

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## CHINESE

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750)。

## GERMAN

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## ARABIC

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-475-3163 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-750-0750).

## PENNSYLVANIA DUTCH

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-475-3163 (телетайп: 1-800-750-0750).

## FRENCH

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-475-3163 (ATS : 1-800-750-0750).

## VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## CUSHITE/ROMO

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750) 번으로 전화해 주십시오.

## ITALIAN

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## JAPANESE

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-475-3163 (TTY:1-800-750-0750) まで、お電話にてご連絡ください。

## DUTCH

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## UKRAINIAN

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-475-3163 (телетайп: 1-800-750-0750).

## ROMANIAN

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## NEPALI

ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाइंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरु नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-475-3163 (टटिवाइ:1-800-750-0750) ।

## SOMALI

DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho Af Soomaali, adeegyada caawimada luqada, oo lacag la'aan ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac 1-800-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).



# Aviso de no discriminación



CareSource cumple con las leyes sobre derecho civil estatales y federales y no discrimina por motivos de edad, género, identidad, color, raza, incapacidad, origen nacional, estado civil, preferencia sexual, filiación religiosa, estado de salud o estado de asistencia pública. CareSource no excluye a las personas, ni las trata diferente debido a la edad, el género, la identidad de género, el color, la raza, una incapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública.

CareSource brinda ayuda y servicios gratis a las persona con incapacidades que deseen comunicarse de manera eficaz con nosotros, como: (1) intérpretes de lengua de señas calificados y (2) información escrita en otros formatos (impresión en tamaño grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Además, CareSource brinda servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: (1) intérpretes calificados y (2) información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número 1-800-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

Si cree que CareSource no le ha proporcionado los servicios antes mencionados o lo ha discriminado de otra forma basándose en la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública, puede presentar una queja ante:

CareSource  
Attn: Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401  
1-844-539-1732, TTY: 711  
Fax: 1-844-417-6254

CivilRightsCoordinator@CareSource.com

Puede presentar una queja por correspondencia, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles se encuentra disponible para ayudarle.

Puede, además, presentar un reclamo relacionado con los derechos civiles de forma electrónica en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correspondencia o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F  
HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



**Departamento de Servicios para Afiliados de CareSource MyCare Ohio:**  
1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 or 711)

**[CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare)**