



CareSource® MyCare Ohio  
(Plan Medicare-Medicaid)

**Manual del afiliado**  
*para 2020*

# Manual del afiliado a CareSource MyCare Ohio

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

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

### **Manual del afiliado - Introducción**

Este manual le informa acerca de su cobertura de conformidad con CareSource MyCare Ohio hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo recibir los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos recetados, los servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (también conocidos como servicios y apoyos a largo plazo). Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar, en lugar de concurrir a una residencia geriátrica u hospital. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

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

Este plan, CareSource MyCare Ohio, es ofrecido por CareSource. Toda vez que este *Manual del afiliado* se refiera a “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, esto significa CareSource. Cuando se utilice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareSource MyCare Ohio.

ATTENTION: If you speak Spanish, language services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 or 711), Monday – Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene disponibles los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como impreso en letra grande, en Braille o en audio. Llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 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 impresa en otros idiomas o de otra manera. Si tiene dificultades visuales o auditivas, se le puede proporcionar ayuda especial.

Para recibir este documento en otro idioma aparte del inglés o en un formato alternativo, por favor hágaselo saber al departamento de Servicios para Afiliados. Nosotros guardaremos el registro de la solicitud. Para recibir ayuda o si necesita cambiar su solicitud, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Índice

Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado.....	4
Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes .....	16
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos .....	27
Capítulo 4: Tabla de beneficios .....	46
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través del plan.....	94
Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos recetados de Medicare.....	112
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.....	118
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	122
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones).....	146
Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su afiliación a nuestro plan MyCare Ohio.....	207
Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes .....	215

## Exenciones de responsabilidad

- ❖ CareSource® MyCare Ohio (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.
- ❖ La cobertura según CareSource MyCare Ohio califica como una cobertura médica denominada "cobertura mínima esencial". Cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Económica (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre el requisito individual de responsabilidad compartida.
- ❖ Es posible que deba pagar por algunos servicios y que deba seguir ciertas reglas para que CareSource MyCare Ohio pague por los servicios que le proporcionan.

**MyCareOhio**  
Connecting Medicare + Medicaid



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

# Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado

---

## Introducción

Este capítulo incluye información sobre CareSource MyCare Ohio, un plan de salud que cubre sus servicios de Medicare y Medicaid. También incluye información sobre qué esperar como afiliado y qué otra información recibirá de CareSource MyCare Ohio. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

## Índice

A. Bienvenido a CreSource MyCare Ohio.....	5
B. Información acerca de Medicare y Medicaid .....	5
B1. Medicare .....	5
B2. Medicaid .....	5
C. Ventajas de este plan .....	6
D. Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio.....	7
E. Qué lo hace elegible para ser un afiliado al plan.....	9
F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud .....	9
G. Su plan de atención .....	10
H. Prima mensual del plan de CareSource MyCare Ohio .....	10
I. El <i>Manual del afiliado</i> .....	10
J. Otra información que recibirá de nosotros.....	11
J1. Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio.....	11
J2. Carta para el afiliado nuevo .....	11
J3. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> .....	12
J4. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	13
J5. <i>Suplemento del Manual del afiliado o “Manual para la exención”</i> .....	13
J6. <i>La Explicación de los beneficios</i> .....	13



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

K. ¿Cómo puede mantener actualizada la información de su registro de afiliación?..... 13

    K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) ..... 14



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## A. Bienvenido a CareSource MyCare Ohio

CareSource MyCare Ohio, es un Plan Medicare-Medicaid que ofrece CareSource. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo y por otros proveedores. También cuenta con administradores de atención médica y equipos de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

CareSource MyCare Ohio cuenta con la aprobación del Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa de demostración gestionado de manera conjunta por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y el gobierno federal para brindarles una mejor atención médica a aquellas personas que cuentan con ambas coberturas, Medicare y Medicaid. De conformidad con dicha demostración, tanto el gobierno estatal como el federal pretenden poner a prueba nuevas maneras de mejorar el modo en que usted recibe sus servicios de atención médica por parte de Medicare y Medicaid.

CareSource es una organización sin fines de lucro que se ha dedicado a satisfacer las necesidades médicas de sus clientes por más de 30 años. Somos un plan de salud basado en la comunidad que comprende las necesidades diversas y sirve a más de 1.2 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.

---

## B. Información acerca de Medicare y Medicaid

Usted cuenta con ambas coberturas, Medicare y Medicaid. CareSource MyCare Ohio se asegurará de que estos programas trabajen en conjunto para que usted obtenga la atención que necesita.

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

### B2. Medicaid

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.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Cada Estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién está calificado,
- qué servicios están cubiertos, y
- el costo por los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando adopten las normas federales.

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

- optemos por 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 los servicios de Medicare y Medicaid no se verían afectados.

---

## C. Ventajas de este plan

Ahora usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid mediante CareSource MyCare Ohio, incluso los medicamentos recetados. **No tiene que pagar ningún adicional para unirse a este plan de salud.**

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

- A usted le bastará con **un** plan de salud para **todas** las necesidades de su seguro de salud.
- Contará con un equipo de atención que usted haya ayudado a conformar. Su equipo de atención puede estar compuesto por doctores, enfermeros/as, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarlo a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un administrador de atención médica. 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. Él o ella será un miembro de su equipo de atención.
- Poder dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y del administrador de atención médica.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- El equipo de atención y el administrador de atención médica trabajarán junto a usted para proponer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades. El equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo que:
  - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que usted toma para que puedan minimizar los efectos secundarios.
  - Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de las pruebas se compartan con todos sus doctores y otros proveedores.

---

## D. Área de servicio de CareSource MyCare Ohio

CareSource MyCare Ohio se encuentra disponible solo para las personas que residen en nuestra área de servicio. Para seguir siendo un afiliado a nuestro plan, usted debe vivir de manera continua en esta área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes doce (12) condados de Ohio:

<b>Columbiana</b>	<b>Lorain</b>	<b>Stark</b>
<b>Cuyahoga</b>	<b>Mahoning</b>	<b>Summit</b>
<b>Geauga</b>	<b>Medina</b>	<b>Trumbull</b>
<b>Lake</b>	<b>Portage</b>	<b>Wayne</b>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).





Si se muda, debe informarlo a la oficina del Departamento de Trabajo y de Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services). Si se muda a un nuevo estado, deberá postularse para recibir los beneficios de Medicaid en el nuevo estado. Vea el Capítulo 8, Sección J, *Sus responsabilidades como afiliado al plan* para obtener más información acerca de las consecuencias de mudarse fuera del área de servicio.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## E. ¿Qué lo hace elegible para ser un afiliado al plan?

Usted es elegible para la afiliación a nuestro plan, siempre y cuando:

- resida en nuestra área de servicio; **y**
- tenga Medicare Partes A, B y D; **y**
- tenga cobertura absoluta de Medicaid; **y**
- sea un ciudadano de Estados Unidos o tenga presencia legal en Estados Unidos, **y**
- tenga 18 años, o más, al momento de la inscripción.

Incluso si usted reúne los criterios anteriores, no es elegible para inscribirse en CareSource MyCare Ohio si:

- cuenta con una cobertura de atención médica de un tercero válida; **o**
- tenga una discapacidad intelectual u otra discapacidad del desarrollo y reciba servicios a través de una exención o de un Establecimiento de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICFIID); **o**
- está inscrito en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Adultos Mayores (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Además, usted tiene la opción de darse de baja de CareSource MyCare Ohio si usted no es un afiliado de una tribu india reconocida a nivel federal.

Si cree que cumple con cualquiera de los criterios mencionados y no se debe inscribir, comuníquese con Departamento de Servicios para Afiliados para obtener asistencia.

---

## F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud

Cuando usted se une por primera vez al plan, se le realizará una evaluación de las necesidades de atención médica dentro de los primeros 15 a 75 días de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, dependiendo de su estado de salud. Recibirá una carta que dirá quién es su administrador de atención médica. Será contactado por el administrador de atención, o por un miembro del equipo de administración de la atención, para programar su 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 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 nuevo para usted**, puede continuar visitando a los doctores a los que concurre actualmente por lo menos 90 días después de su inscripción. Además, si usted ya cuenta con la aprobación para recibir los servicios, nuestro plan respetará dicha aprobación hasta que usted obtenga los servicios. Esto se denomina “período de transición”. La Carta para el afiliado nuevo que se incluye con su *Manual del afiliado* contiene más información acerca de los períodos de transición. Si usted se encuentra inscrito para los servicios de exención de MyCare Ohio, el *Suplemento del Manual del afiliado* o “Manual para la exención” también cuenta con más información acerca de los períodos de transición para los servicios de exención.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Después del período de transición, deberá visitar a los doctores y a otros proveedores dentro de la red de CareSource MyCare Ohio para la prestación de la mayoría de los servicios. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red* para obtener más información acerca de cómo obtener atención. Servicios para Afiliados puede ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.

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 programados servicios, es importante que llame a Servicios para Afiliados de inmediato, de modo que sea posible coordinar los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

---

## G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los obtendrá.

Luego de la evaluación de las necesidades de salud, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar acerca los servicios médicos que necesita y desea obtener. Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán su plan de atención.

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.

---

## H. Prima mensual del plan CareSource MyCare Ohio

CareSource MyCare Ohio no tiene una prima mensual para el plan.

---

## I. El *Manual del afiliado*

Este *Manual del afiliado* es parte del contrato que celebramos con usted. Esto significa que tenemos que obedecer todas las reglas que contiene este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, usted puede apelar, o recusar, nuestra acción. Para obtener información acerca de cómo iniciar el proceso de apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*. También puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

También puede solicitar un *Manual del afiliado* llamando a Servicios al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede ver el *Manual del afiliado* en [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare), o descargarlo desde este sitio web.

El contrato tiene vigor durante los meses en los que esté inscrito en CareSource MyCare Ohio, entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.




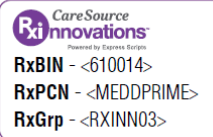
**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## J. Otra información que recibirá de nosotros

También recibirá una tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio, una Carta para el afiliado nuevo con información importante respecto de cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* o a una *Lista de medicamentos cubiertos*. Los afiliados inscritos en un programa de servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad también recibirán un suplemento del *Manual del afiliado* que brinda información específica para los servicios de exención. Si no recibe estos equipos, llame al Departamento de Servicios para Afiliados para obtener asistencia.

### J1. Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio

De conformidad con el programa MyCare Ohio, usted recibirá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid, incluso para los servicios y apoyos a largo plazo, así como para las recetas. Debe exhibir dicha tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o las recetas cubiertos por el plan. A continuación, le proporcionamos un ejemplo de la tarjeta de afiliado para mostrarle cómo se verá la suya:

	<p><b>Member Name:</b> &lt;Cardholder Name&gt;</p> <p><b>Member ID #:</b> &lt;Cardholder ID#&gt;</p> <p><b>Health Plan (80840):</b> &lt;CareSource MyCare Ohio&gt;</p> <p><b>MMIS Number:</b> &lt;Medicaid Recipient ID#&gt;</p> <p><b>PCP Name:</b> &lt;PCP Name&gt;</p> <p><b>PCP Phone:</b> &lt;PCP Phone&gt;</p>	 <p><b>RxBIN</b> - &lt;610014&gt;</p> <p><b>RxPCN</b> - &lt;MEDDPRIME&gt;</p> <p><b>RxGrp</b> - &lt;RXINNO3&gt;</p>	<p><b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage</p> <p>&lt;H8452&gt; &lt;001&gt;</p>	<p><b>IN AN EMERGENCY, CALL 9-1-1 OR GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM (ER) OR OTHER APPROPRIATE SETTING.</b> If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice line.</p> <p><b>Member Services:</b> &lt;1-855-475-3163 (TTY: 711)&gt;</p> <p><b>Behavioral Health Crisis:</b> &lt;1-866-206-7861&gt;</p> <p><b>Care Management:</b> &lt;1-855-475-3163&gt;</p> <p><b>Eligibility Verification:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p><b>Pharmacy Help Desk:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p><b>Claims Inquiry:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p><b>Provider Questions:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p style="text-align: center;"><b>24-Hour Nurse Advice:</b> &lt;1-866-206-7861 (TTY: 711)&gt;</p> <p><b>Website:</b> CareSource.com/MyCare</p>	<p><b>Send Medical claims to:</b> &lt;Attn: Claims Department P.O. Box 8730 Dayton, OH 45401-8738&gt;</p> <p><b>Send Pharmacy claims to:</b> &lt;Express Scripts ATTN: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718&gt;</p>
---	--	---	--	--	--

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

Mientras usted esté afiliado a nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesita para obtener los servicios. Ya no recibirá una tarjeta mensual de Medicaid. Tampoco debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante. Si usted enseña su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio, el proveedor podría llegar a facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir la factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*, para saber qué hacer si le llega una factura de un proveedor.

### J2. Carta para el afiliado nuevo

Asegúrese de leer la Carta para el afiliado nuevo que se le envió con su *Manual del afiliado*, dado que es una referencia rápida para obtener cierta información importante. Por ejemplo, cuenta con información sobre cuestiones como cuándo podrá recibir los servicios de los proveedores que no pertenecen a nuestra red, servicios aprobados previamente, servicios de transporte y quién es elegible para la inscripción a MyCare Ohio.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

### J3. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* menciona los proveedores y las farmacias que pertenecen a la red de CareSource MyCare Ohio. Mientras usted esté afiliado a nuestro plan debe usar los proveedores y las farmacias que pertenecen a la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, que incluyen la primera vez que se une a nuestro plan (consulte la página 9) y determinados servicios (consulte el Capítulo 3, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso en cualquier momento llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare), o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de cambios en nuestros proveedores de la red.

#### Definición de los proveedores de la red

- Los proveedores de la red de CareSource MyCare Ohio incluyen:
  - Médicos, enfermeros/as y otros profesionales de la salud a los que puede visitar por ser afiliado a nuestro plan;
  - Clínicas, hospitales, centros de enfermería, y otros lugares que brinden servicios de salud contemplados en nuestro plan; y
  - Agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos permanentes y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid.

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

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

Los proveedores de la red no deberían facturarle a usted directamente por los servicios cubiertos por el plan. Para obtener información acerca de la facturación de los proveedores de la red, consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*.

#### Definición de las farmacias de la red

- Las farmacias de la red son 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 estas. Si no se trata de una emergencia, puede solicitarnos con antelación usar una farmacia fuera de la red.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “Lista de medicamentos” en forma abreviada. Indica qué medicamentos están cubiertos por CareSource MyCare Ohio.

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, *Límite en la cobertura de ciertos medicamentos*, para obtener más información acerca de estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, aunque puede ser que ocurran algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare), o llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

#### **J5. Suplemento del Manual del afiliado o “Manual para la exención”**

Este suplemento ofrece información adicional para los afiliados inscritos a un servicio de exención domiciliario y basado en la comunidad. Dicho suplemento proporciona información adicional sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados, el desarrollo del plan de servicio, la administración de la atención, la coordinación del servicio de exención y la elaboración de informes de incidentes.

#### **J6. La Explicación de los beneficios**

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe de resumen para ayudarlo a entender y dar seguimiento a los pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de los beneficios* (o EOB, por sus siglas en inglés).

La *Explicación de los beneficios* le indica el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 le brinda más información sobre la *Explicación de los beneficios* y cómo puede ayudarlo a dar seguimiento a su cobertura de medicamentos.

Una *Explicación de los beneficios* también se encuentra disponible si la solicita. Para obtener una copia, por favor comuníquese con Servicios para Afiliados.

---

## **K. Cómo mantener actualizada la información de su registro de afiliación**

Puede mantener actualizado su registro de afiliación al informarnos cuando cambia su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos del copago por medicamento que le corresponden.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de atención médica que tenga, como por ejemplo, de parte de su empleador, del empleador de su cónyuge, o de la indemnización de los trabajadores.
- Admisión en una residencia geriátrica o a un hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Cambios con respecto a quién es su cuidador (o quien sea responsable de usted).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.
- Si tiene que visitar a un proveedor por una lesión o enfermedad que pudo haber sido causada por otra persona o compañía. Por ejemplo, si se lesiona producto de accidente automovilístico, por la mordedura de un perro o si se resbala y se cae en una tienda, entonces el pago de sus gastos médicos será responsabilidad de otra compañía o persona. Cuando llame, deberá informarnos el nombre de la persona o compañía que incurre en la falta, así como de cualquiera de las empresas de seguros o abogados involucrados.

Si cualquier información cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Para actualizar su información personal en línea, ingrese a [MyCareSource.com](http://MyCareSource.com) o [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) y haga clic en “Members” (Afiliados). Luego haga clic en My CareSource® para abrir una cuenta en línea.

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

La información contenida en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (Personal Health Information, PHI). Estamos obligados por ley a mantener su PHI privada. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección D, *Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)*.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para importantes recursos que le pueden ayudar a responder sus preguntas acerca de CareSource MyCare Ohio, el Estado de Ohio, Medicare, y sus beneficios de atención médica. También puede consultar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su administrador de atención médica y otros que puedan cumplir la función de un defensor en su nombre. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

### Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio.....	17
A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Afiliados:.....	17
B. Cómo comunicarse con su administrador de atención médica.....	20
C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas.....	21
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería.....	21
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas.....	22
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual.....	22
E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	23
E1. Cuándo comunicarse con Livanta.....	23
F. Cómo comunicarse con Medicare.....	24
G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio.....	25
H. Cómo comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio.....	26



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



## A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio.

<b>LLAME</b>	<p>1-855-475-3163. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-800-750-0750 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>CareSource</p> <p>P.O. Box 8738</p> <p>Dayton, OH 45401-8738</p> <p>Si nos envía una apelación o una reclamación, puede utilizar el formulario que figura en el Capítulo 9, Sección 10, <i>Cómo presentar una reclamación</i>. También puede escribir una carta para informarnos acerca de alguna pregunta, problema, reclamación o apelación.</p>
<b>SITIO WEB</b>	CareSource.com/MyCare

### A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Afiliados:

- Si tiene preguntas sobre el plan
- Si tiene preguntas acerca de los reclamos o la facturación de los proveedores
- Si desea solicitar tarjetas de identificación (ID) de afiliados
  - Infórmenos si usted no recibió su tarjeta de ID de afiliado o ha perdido su tarjeta de ID de afiliado.
- Para encontrar farmacias de la red
  - Esto incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Para obtener servicios y apoyos a largo plazo
  - En algunos casos, usted puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades básicas para vivir. Si Medicaid de Ohio y CareSource MyCare Ohio lo consideran necesario, es posible que pueda recibir servicios de vida asistida, de ama de llaves, de cuidados personales, comidas, equipamiento de adaptación, servicios de emergencias y respuesta, así como otros servicios.
- Para comprender la información que contiene el *Manual del afiliado*
- Para realizar recomendaciones para aquello que usted considera que debemos cambiar
- Para obtener información acerca de CareSource MyCare Ohio
  - Puede solicitar más información acerca de nuestro plan, incluso información relacionada con la estructura y el funcionamiento de CareSource MyCare Ohio y sobre cualquier plan de incentivos para médicos que administremos.
- Para obtener información sobre las decisiones de cobertura sobre su atención médica y medicamentos
  - Una decisión de cobertura es una decisión respecto de:
    - sus beneficios y servicios y medicamentos cubiertos, o
    - el monto que pagaremos por sus servicios médicos y medicamentos.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*.
- Para obtener información acerca de las apelaciones sobre su atención médica y medicamentos
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión que tomamos respecto de la cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
  - Para obtener más información sobre la presentación de una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*.
- Para realizar reclamaciones sobre su atención médica y medicamentos
  - Usted puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. También puede presentar una reclamación sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección E a continuación, *página 23*).
  - Si su reclamación es sobre una decisión de cobertura o sobre su atención médica o sus medicamentos, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario que se encuentra disponible en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente a Medicaid. Llame al 1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. Consulte la página 25 para conocer las formas que existen para comunicarse con Medicaid de Ohio.
- Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente al Ómbudsman. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
- Para obtener más información sobre la presentación de una reclamación, consulte el Capítulo 9, Sección 10, *Cómo presentar un reclamo*.
- Para el pago de la atención médica o de los medicamentos por los que usted ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo asistirle con un servicio por el que usted pagó o para pagar una factura que haya recibido, consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*.
  - Si solicita que efectuemos el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones* para obtener más información sobre las apelaciones.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## B. Cómo comunicarse con su administrador de atención médica

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.

En el momento de su evaluación, conocerá a su administrador de atención y se le dará la información de contacto de él o ella. Espere 24 horas antes de devolver la llamada. Si no puede comunicarse con su administrador de atención o supervisor del administrador de atención luego de 24 horas, comuníquese con 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 el tribunal) 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>LLAME</b>	<p>1-866-206-7861. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea para llamar al administrador de atención médica está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-800-750-0750 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>CareSource</p> <p>P.O. Box 8738</p> <p>Dayton, OH 45401-8738</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p>CareSource.com/MyCare</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas

CareSource24® 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 de 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 administrador de atención médica
- Obtener asistencia ante una crisis personal

<b>LLAME</b>	<p>1-866-206-7861. Esta llamada es gratuita.</p> <p>CareSource24® se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-800-750-0750 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p>

### C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería

- Preguntas sobre su atención médica



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas

También puede llamarnos en el caso de que tenga una crisis. Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarlo a obtener la atención médica que necesita. Solo llame a nuestra línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas.

<b>LLAME</b>	<p>1-866-206-7861. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea de crisis de salud conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-800-750-0750 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p>

### D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

- Preguntas acerca de los servicios de salud conductual
- Preguntas acerca de los servicios trastornos por uso de sustancias



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

Una organización llamada Livanta funciona como la QIO de Ohio. Este es un grupo de doctores y de otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

<b>LLAME</b>	1-888-524-9900
<b>POR TTY</b>	1-888-985-8775 Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

### E1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Preguntas sobre su atención médica
  - Usted puede presentar una reclamación sobre la atención que recibió si usted:
    - tiene un problema con la calidad de la atención,
    - piensa que su estadía en el hospital termina demasiado pronto, o
    - piensa que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility o CORF) terminan demasiado pronto.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **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, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o CMS.

<b>LLAME</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Este le brinda la información más actualizada sobre Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, asilos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su Estado seleccionando “Forms, Help &amp; Resources” (Formularios, Ayuda y Soporte) y luego haciendo clic en “Phone numbers &amp; websites” (Números telefónicos y sitios web útiles).</p> <p>El sitio web de Medicare cuenta con la siguiente herramienta para ayudarlo a encontrar planes en su área:</p> <p><b>Buscador de planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Find health &amp; drug plans” (Encuentre planes de salud y de medicamentos)</p> <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para adultos mayores podrían ayudarlo a visitar este sitio web usando una de sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y explicarles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



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

Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo y brinda apoyo con los costos a aquellas personas cuyos ingresos y recursos son limitados. Medicaid de Ohio paga las primas de Medicare de ciertas personas y, además, paga los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, salvo los medicamentos recetados. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo, como los servicios de "exención" domiciliarios y basados en la comunidad, así como los servicios de vida asistida y la atención a largo plazo en una residencia geriátrica. También cubre los servicios odontológicos y oftalmológicos.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. CareSource MyCare Ohio ofrece sus servicios cubiertos por Medicaid a través de un acuerdo entre el proveedor y Medicaid de Ohio. Si usted tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid de Ohio.

<b>LLAME</b>	1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita.  La Línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>POR TTY</b>	1-800-292-3572. Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.  El número de TTY de Medicaid de Ohio se encuentra disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>ESCRIBA A</b>	Departamento de Medicaid de Ohio  Bureau of Managed Care  50 W. Town Street, Suite 400  Columbus, Ohio 43215
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov">bmhc@medicaid.ohio.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare">https://www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare</a>

También puede contactarse con su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local del condado si tiene dudas o necesita enviar información sobre cambios en su dirección, ingresos u otro seguro. La información de contactos se encuentra disponible en línea en: [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

El Ómbudsman de MyCare Ohio cumple la función de un defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le pueden ayudar a saber qué hacer. El Ómbudsman de MyCare Ohio también brinda ayuda con las inquietudes acerca de cualquier aspecto de la atención. Se cuenta con esta ayuda para resolver disputas con los proveedores, proteger sus derechos y presentar reclamación o apelaciones relacionadas con nuestro plan.

El Ómbudsman de MyCare Ohio trabaja en conjunto con la Oficina del Ómbudsman de Atención a Largo Plazo del Estado (Office of the State Long-term Care Ombudsman), que defiende a los consumidores que reciben servicios y apoyo a largo plazo. El Ómbudsman de MyCare Ohio no está relacionado con nosotros, o con alguna compañía aseguradora o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

<b>LLAME</b>	1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.  El Ómbudsman de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>POR TTY</b>	Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
<b>ESCRIBA A</b>	Ohio Department of Aging (Departamento para Personas de Edad Avanzada de Ohio);  Attn: El Ómbudsman de MyCare Ohio  246 N. High Street, 1st Floor  Columbus, Ohio 43215-2406
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.ohio.gov/MyCareOmbudsman">https://aging.ohio.gov/MyCareOmbudsman</a>  Puede presentar una reclamación en línea en: <a href="http://aging.ohio.gov/contact/">http://aging.ohio.gov/contact/</a> .



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

# Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

## Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con CareSource MyCare Ohio. También le brinda información acerca de su Administrador de Atención, cómo obtener atención de distintos tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le envía una factura por los servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas por poseer equipo médico permanente (Durable Medical Equipment, DME). Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

## Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red” .....	28
B. Reglas para obtener la atención médica, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	29
C. Información acerca de su equipo de atención y su administrador de atención.....	30
C1. Qué es la administración de la atención .....	31
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica .....	31
C3. Cómo interactuar con su administrador de atención y su equipo de atención .....	31
C4. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica.....	31
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red .....	32
D1. Atención de parte de un proveedor de atención primaria .....	32
D2. Atención de parte de especialistas y otros proveedores de la red .....	33
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan.....	34
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red .....	34
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) .....	35



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

F. Cómo obtener servicios de salud conductual .....	36
G. Cómo obtener servicios de transporte .....	36
G1. Cómo obtener servicios de transporte .....	36
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando necesita atención médica de emergencia o de urgencia, o durante un desastre .....	38
H1. Atención cuando tiene una emergencia médica .....	38
H2. Atención médica necesaria de urgencia .....	40
H3. Atención durante un desastre .....	41
I. Qué hacer si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan .....	41
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan .....	41
J. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	42
J1. Definición de un estudio de investigación clínica .....	42
J2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica .....	43
J3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica .....	43
K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud .....	43
K1. Definición de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud .....	43
K2. Cómo obtener atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud .....	44
L. Equipo médico permanente (DME) .....	44
L1. DME como un afiliado a nuestro plan .....	44
L2. Propiedad de DME cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	45

---

## A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red”

Servicios: 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. Servicios cubiertos: cualquiera de estos servicios por los que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo se enumeran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Proveedores:** los doctores, las enfermeras y otras personas que prestan servicios y atención médica. El término proveedores también incluye a los hospitales, a las agencias de atención médica domiciliaria, a las clínicas y a otros lugares que presten servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

**Proveedores de la red:** son los proveedores que trabajan con el plan de salud. Dichos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención médica que le brindan a usted. Cuando usted visita a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si usted contrae una obligación como paciente en un centro de enfermería o por servicios de exención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección A, *Sus servicios cubiertos*.

**Farmacias de la red:** son las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan directamente por las recetas que usted recibe. Cuando utiliza una farmacia de la red, usted no paga nada por sus medicamentos recetados. Consulte el capítulo 6, Sección C, *Usted no paga nada por un suministro de un mes o de largo plazo de medicamentos* para obtener más información.

---

## **B. Reglas para obtener la atención médica, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan**

CareSource MyCare Ohio brinda cobertura para los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye la salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo.

CareSource MyCare Ohio generalmente pagará por la atención médica y los servicios que usted obtiene si adhiere a las reglas del plan. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4, Sección C, *Tabla de los beneficios de nuestro plan* para obtener información acerca de los beneficios cubiertos, incluso la Tabla de beneficios del plan.
- La atención debe considerarse **médicamente necesaria**. El concepto médicamente necesario/a significa que usted necesita los servicios, suministros o medicamentos 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.
- La atención que reciba debe contar con la autorización previa de CareSource MyCare Ohio, cuando sea necesario. Para ciertos servicios, su proveedor debe presentar información a CareSource MyCare Ohio y solicitar la aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se denomina “autorización previa”. Consulte la tabla del Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios* para obtener más información.
- Debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de atención primaria (PCP)** para que le suministre atención médica. 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



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

antes de consultar a un especialista o luego de realizar una visita al departamento de urgencias o de emergencias. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados.

- Para obtener más información sobre cómo elegir a su PCP, consulte la página 32.
- **Debe recibir atención de parte de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan (un proveedor fuera de la red). Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - El plan cubre atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para entender qué significa atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia, consulte la Sección H, página 38.
  - Si necesita atención médica que cubre nuestro plan pero que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle, usted puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Para recibir dicha atención, usted debe obtener la autorización previa de CareSource MyCare Ohio. En esta situación, cubriremos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 32.
  - El plan cubre los servicios que recibe en los Centros de salud calificados a nivel federal, las Clínicas de salud rurales y los proveedores de planificación familiar que figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Si actualmente recibe servicios de exención para vida asistida o servicios a largo plazo en un centro de enfermería de parte de un proveedor fuera de la red y antes del día en que usted se convierta en afiliado, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando si se encuentra fuera del área de servicio del plan por un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
  - Si usted es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda continuar visitando a sus proveedores fuera de la red actual durante un tiempo posterior a su inscripción. Esto se denomina “período de transición”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, *Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud* de este manual y su Carta para el afiliado nuevo.

---

## C. Información acerca de su equipo de atención y su administrador de atención

Su equipo de atención es un grupo de personas que pueden ayudarlo a cumplir sus metas de lograr un estilo de 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 la atención de CareSource MyCare Ohio. Entre otros miembros que pueden constituir el equipo se incluyen:

- Tutores



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

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

Su administrador de atención médica le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Él o ella trabaja junto con su equipo de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita. 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.

### **C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica**

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

### **C3. Cómo interactuar con su administrador de atención y su equipo de atención**

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

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

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. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar el cambio.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

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

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

Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que le proporcione y gestione su atención médica.

#### Definición de "PCP" y qué hace un PCP

Cada afiliado a CareSource MyCare Ohio debe elegir 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 asistente médico. 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. En caso de que sea posible, trabajaremos para agregar a dicho proveedor a nuestra red. De no ser así, trabajaremos con usted para ayudarlo 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, los controles y le brindará tratamiento relacionado con 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 debería ser su PCP, tiene que llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para hablar del tema.

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.

#### Su elección de PCP

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



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



Para buscar los nombres de los PCP en nuestra red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias* 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 el lado derecho de la página. También puede llamar a Servicios para afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para solicitar asistencia. Si usted es un paciente nuevo para su PCP, llame al consultorio para programar una cita. De este modo, su PCP podrá conocerlo y comprender de inmediato sus necesidades de atención médica. Asimismo, debe solicitar que se transfieran todos sus registros médicos anteriores a su nuevo médico.

### Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo. Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red hasta una vez por mes, si fuese necesario. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su proveedor deja la red del plan, le podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP.

Si por algún motivo desea cambiar su PCP, primero debe llamar al Departamento de 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.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay algunos ejemplos:

- Oncólogos, quienes atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con afecciones en los huesos, en las articulaciones o con problemas musculares.

No necesita una derivación de su PCP para ver a otros proveedores. Algunos especialistas prefieren que su PCP lo derive 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 y farmacias* 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 la 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*



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

*previa. 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.*

### **D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan**

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando deje el plan. Si uno de nuestros proveedores deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestros proveedores de la red cambien durante el año, nosotros debemos brindarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se somete a un tratamiento médico continuo, tiene derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que así sea, que el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que si atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una reclamación.

Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para solicitar asistencia.

### **D4. Cómo recibir atención médica de proveedores 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/Clínicas 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.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- 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 inscrito 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 el 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 que, si concurre a un proveedor de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. Si usted visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, es posible que deba pagar el costo total de los servicios que recibe. Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

Si usted visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.

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

---

## E. Cómo obtener servicios y apoyos 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. Estos servicios ayudan a los individuos a vivir y funcionar independientemente.

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.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Si ya tiene un proveedor de atención de la salud conductual, le recomendamos continuar visitando a ese proveedor para recibir su tratamiento. Si necesita recibir servicios de salud conductual y/o por abuso de sustancias, llame ya sea al administración de atención al 1-866-206-7861 o a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (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 y farmacias*, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](https://www.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 ayudarlo 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.

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

CareSource MyCare Ohio ofrece servicios adicionales de transporte, si correspondiera. 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 cuidados 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. Esta parte del beneficio se basa en su ubicación y no está sujeta al límite de 30 viajes de ida y vuelta.

### G1. Cómo obtener servicios de transporte

- Para arreglar un viaje, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- 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 sábados, domingos y días festivos no cuentan.
- 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, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) o cita de redeterminación.

### Lineamientos de transporte de CareSource MyCare Ohio

Para ayudarlo 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 preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Responsabilidades del afiliado en cuanto al transporte

1. Los afiliados deben:
  - Llamar para organizar el transporte con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.
  - 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.
  - Muestre su tarjeta de identificación al conductor antes de utilizar los servicios de transporte.
  - Estar listo cuando el conductor llega 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.
  - Pida 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 brindar el mejor servicio de transporte a usted y otros afiliados, asegúrese de:
  - Estar listo para que lo recojan a la hora de recogida programada más temprana.
  - 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.
3. 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 listo para que lo recojan a la hora de recogida programada más temprana.
  - No estar disponible para su transporte programado y que el conductor espere 5 minutos y luego se retire.
  - 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.
4. Los afiliados deberán ser corteses y respetar a la compañía de transporte y al personal de CareSource MyCare Ohio. La 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.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8 p. m. si tiene preguntas o inquietudes.

Además de la ayuda en cuanto al transporte que proporciona CareSource MyCare Ohio, los afiliados incluso pueden recibir asistencia con el transporte para determinados servicios a través del programa de Servicios de transporte que no se considera de emergencia (Non-Emergency Transportation o NET). Consulte con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local del condado por las inquietudes que tenga o si necesita asistencia respecto de los servicios de NET.

---

## H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando necesita atención médica de emergencia o de urgencia, o durante un desastre

### H1. Atención cuando tiene una emergencia médica

#### Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica que presenta dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con cierto conocimiento de salud y medicina podría saber que esto puede:

- representar un riesgo grave para su salud o, si está embarazada, para la salud de su bebé; **u**
- ocasionar un daño grave a las funciones corporales; **o**
- provocar una insuficiencia grave a cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  - no se cuenta con el tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la afiliada a otro hospital antes del parto.
  - el traslado a otro hospital puede representar un riesgo para la salud de la afiliada o del bebé por nacer.

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital u otro centro apropiado más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP ni de CareSource MyCare Ohio.
- Asegúrese de informarle al proveedor que usted es afiliado a CareSource MyCare Ohio. Muéstrelle al proveedor la tarjeta de ID de afiliado a CareSource MyCare Ohio.
- **Tan pronto como pueda, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención médica de urgencia. Usted o su administrador de atención debe llamar para informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general dentro de 48 horas. Además, si se decide que usted permanezca en el hospital, asegúrese



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

de que se comuniquen con CareSource MyCare Ohio dentro de las 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 a CareSource MyCare Ohio.

### **Servicios cubiertos durante una emergencia médica**

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta toda vez que lo necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o de sus territorios. Si necesita una ambulancia que lo lleve a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los doctores que le brindan la atención de emergencia. Los doctores nos dirán cuando su emergencia médica haya terminado.

Una vez que termina la emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento para garantizar su mejoría. Infórmele a su administrador de atención sobre su fecha de alta. Su administrador de atención puede ayudarlo a programar citas de seguimiento y a conseguir transporte, de ser necesario. Su atención médica de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si obtiene la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos procurarle proveedores dentro de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible. Si el proveedor que le está tratando por una emergencia se hace cargo de dicha emergencia pero considera que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema provocado por la emergencia, dicho proveedor debe comunicarse con nuestro plan al 1-800-488-0134.

### **Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual**

Si tiene una emergencia de salud conductual, comuníquese con la Línea de crisis de salud conductual al 1-866-206-7861 o 911.

Algunos ejemplos de situaciones de salud conductual que puede llegar a ser una emergencia incluyen, entre otros:

- Pensar en el suicidio o en terminar con su vida.
- Tomar decisiones que lo pongan en grave peligro como comportamientos imprudentes o incurrir en gastos de más.
- Cambios importantes en el estado de ánimo y comportamientos, como:
  - Tristeza que no mejora.
  - Sentirse sin esperanza o desamparado.
  - Sentirse inútil.
  - Dificultad para dormir.
  - Cambios en el apetito o pérdida o aumento de peso.
  - Pérdida de interés o placer en hacer cosas que normalmente disfruta.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- No poder cuidar de sí mismo, lo que lo colocaría en riesgo de daño.
- Experimentar problemas con sus medicamentos, como efectos secundarios graves o molestos.
- Abuso de drogas o alcohol.

### **Obtener atención de emergencia, aunque no haya sido una emergencia.**

A veces, es difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que ingrese para recibir atención de emergencia y que el médico le diga que realmente no se trataba de una emergencia. Cubriremos su atención médica, siempre que usted considere, razonablemente, que su salud o la salud del niño por nacer, corren grave peligro.

No obstante, cubriremos la atención adicional después de que el médico establezca que no era una emergencia únicamente si:

- usted concurre a un proveedor de la red, o
- la atención adicional que recibe se considera “atención médica necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir dicha atención. (Consulte la sección siguiente.)

## **H2. Atención médica necesaria de urgencia**

### **Definición de atención médica necesaria de urgencia**

La atención médica necesaria de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad repentina, una lesión o una afección, que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una afección preexistente y necesita que se le trate.

### **Cómo obtener atención médica necesaria de urgencia si usted se encuentra en el área de servicio del plan.**

En la mayoría de las circunstancias, cubriremos la atención médica necesaria de urgencia solo si:

- usted recibe la atención médica necesaria de urgencia de un proveedor de la red, y
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Si considera que debe concurrir a un centro de atención de urgencia, puede:

1. Llamar a su PCP para que le asesore. Podrá comunicarse con su PCP o con un médico sustituto las 24 horas del día, los 7 días de la semana; o
2. Llame a CareSource24, nuestra línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas, al 1-866-206-7861; o
3. Concurra a un centro de atención de urgencias que figure en el Directorio de proveedores y farmacias, o en nuestro sitio web, en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). Luego de ir, siempre llame a su PCP para programar la atención de seguimiento.

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



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



## **Cómo obtener atención médica necesaria de urgencia si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan.**

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, 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.

Nuestro plan no cubre la atención médica necesaria de urgencia ni cualquier otro tipo de atención médica si la recibe fuera de Estados Unidos o sus territorios.

### **H3. Atención durante un desastre**

Si el gobernador de su Estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, o el presidente de Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted mantiene el derecho a recibir atención de su CareSource MyCare Ohio.

Visite nuestro sitio web para obtener más información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre declarado: [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Durante un desastre declarado, si usted no puede acceder a un proveedor de la red, nosotros le permitiremos que reciba atención de parte de un proveedor fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, para obtener más información.

---

## **I. Qué hacer si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan**

Los proveedores nos deben facturar a nosotros para proporcionarle los servicios cubiertos. Usted no debe recibir ninguna factura del proveedor por los servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía una factura por un servicio cubierto, en lugar de enviársela al plan, usted puede pedirnos que paguemos la factura. Llame a Servicios para Afiliados tan pronto como sea posible para darnos la información de la factura.

**Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, el plan podrá reembolsarle el importe.**

Si un proveedor o farmacia le pide que pague los servicios cubiertos, si usted ya ha pagado los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por los servicios cubiertos, **consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cuándo puede solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos para saber qué debe hacer.***

### **I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan**

CareSource MyCare Ohio cubre todos los servicios:

- que se consideran médicamente necesarios, y
- que figuran en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*), y
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

Si usted desea saber si pagaremos por determinado servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirnos esto por escrito. Si le respondemos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones* explica qué hacer si desea que el plan cubra un artículo médico o servicio. También explica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos determinados servicios hasta un cierto límite. Si no cuenta con la aprobación previa de CareSource MyCare Ohio para superar el límite, es probable que usted deba pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Afiliados para averiguar cuáles son los límites, qué tan cerca está de alcanzarlos y qué debe hacer su proveedor para exceder el límite, si este considera que es médicamente necesario.

---

## J. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado estudio clínico) es un modo que los doctores tienen de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Estos solicitan la participación de voluntarios para colaborar con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los doctores a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funcionan y si son seguros.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, alguna persona que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Dicha persona le informará sobre el estudio y determinará si usted califica para participar. Usted puede participar del estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También debe comprender y aceptar qué debe hacer en el transcurso del estudio.

Mientras participa del estudio, puede continuar inscrito en nuestro plan. De este modo usted continúa recibiendo atención médica que no esté relacionada con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. No es necesario que los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio sean proveedores de la red.

***Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.***

**Debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de atención deben ponerse en contacto con Servicios para Afiliados para informarnos de que va a participar de un estudio clínico.



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

El motivo:

- Le podemos informar si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare o no.
- Le podemos decir qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de los de nuestro plan.

## **J2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica**

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no deberá pagar por los servicios cubiertos durante el estudio, y Medicare pagará por los servicios cubiertos durante el estudio así como por los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cobertura para la mayoría de los equipos y servicios reciba como parte del estudio: Esto incluye:

- Habitación y alimentos para una estadía hospitalaria que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones que surjan de la nueva atención médica.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable del pago de todos los costos que deriven de su participación en el estudio.

***Medicaid de Ohio no cubre los estudios de investigación clínica.***

## **J3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica**

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud**

### **K1. Definición de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud**

Una institución religiosa no médica del cuidado de la salud es un centro que proporciona el tipo de atención que normalmente recibe en un hospital o centro de enfermería especializada. Si obtener atención médica en un hospital o en un centro de enfermería especializada se contradice con sus creencias religiosas, en su lugar le proporcionaremos la cobertura para recibir atención en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud.

Usted puede elegir obtener la atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos del cuidado de la salud). Medicare solo pagará por servicios no médicos del cuidado de la salud proporcionados por instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

## K2. Cómo obtener atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que exprese que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- Por tratamiento médico “no exceptuado” se entiende cualquier tipo de atención médica que se elija en forma voluntaria y que no sea obligatoria por ninguna ley federal, estatal o local.
- Por tratamiento médico “exceptuado” se entiende cualquier tipo de atención médica que no se elija y que sea obligatoria conforme alguna ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura a través de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a aquellos aspectos de la atención que se consideran no religiosos.
- Si usted recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, corresponde lo siguiente:
  - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - Usted debe obtener la aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ser admitido al centro o su estadía no será cubierta.

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

---

## L. Equipo médico permanente (DME)

### L1. DME como un afiliado a nuestro plan

DME se refiere a determinados equipos indicados por un proveedor para que usted use en su propio hogar. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos qué DME debe alquilar. Como afiliado a CareSource MyCare Ohio, usted no será siempre el propietario del DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios para Afiliados para obtener información acerca de los requisitos que debe cumplir y los papeles que debe proporcionar.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

En el programa Medicare Original, las personas que alquila cierto tipo de DME obtienen la propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede determinar la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que sean propietarios.

**Nota:** Puede encontrar las definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede encontrar más información acerca de estos en el Manual *Medicare y usted 2020*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos en Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos determinada por el plan Medicare Advantage, para obtener la propiedad del DME si:

- no obtuvo la propiedad del DME mientras se encontraba dentro de nuestro plan, **y**
- usted abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original o Medicare Advantage.

Si usted realizó pagos por el DME en un plan Medicare Original o Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o Medicare Advantage no cuentan para la cantidad de pagos que debe realizar luego de abandonar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos en Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos determinada por el plan Medicare Advantage, para obtener la propiedad del DME.
- No existen excepciones para este caso cuando regresa al plan Medicare Original o Medicare Advantage.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Capítulo 4: Tabla de beneficios

---

### Introducción

Este capítulo contiene información acerca de los servicios que CareSource MyCare Ohio cubre y las restricciones o límites en los servicios. También contiene información sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

### Índice

A. Sus servicios cubiertos .....	47
B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios .....	47
C. Tabla de beneficios de nuestro plan .....	47
D. Tabla de beneficios .....	49
D1. Visitas preventivas .....	49
D2. Servicios preventivos y evaluaciones .....	51
D3. Otros servicios.....	56
E. Cómo acceder a los servicios cuando se encuentra fuera de casa o fuera del área de servicio .....	90
F. Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio.....	90
F1. Cuidados paliativos.....	90
G. Beneficios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio, Medicare o Medicaid .....	91



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## A. Servicios cubiertos:

Este capítulo explica qué cubren los servicios de CareSource MyCare Ohio, cómo acceder a los servicios y si existen límites en los servicios. También puede encontrar información acerca de los servicios no cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, Sección A, *Cómo surtir sus recetas*, y la información acerca de lo que paga por sus medicamentos se encuentra en el Capítulo 6, Sección C, *Usted no paga nada por un suministro para un mes o de largo plazo de medicamentos*.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, por lo general no paga por los servicios cubiertos que se explican en este capítulo, siempre que usted siga las reglas del plan. 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 (LTSS) cubiertos por el plan* para encontrar más detalles sobre las reglas del plan. No obstante, usted puede ser responsable por el pago de una “obligación como paciente” que contrae por los servicios de un centro de enfermería o de exención que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que se le cargue una obligación como paciente.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos o sobre cómo acceder a los servicios, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o comuníquese con su administrador de atención médica llamando al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

## B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios

Excepto por lo que se explicó antes, no permitimos que los proveedores CareSource MyCare Ohio le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así, incluso si le pagáramos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio cubierto.

**Nunca debe recibir una factura de un proveedor por un servicio cubierto.** Si eso sucede, consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos* o llame a Servicios para Afiliados.

---

## C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La siguiente Tabla de beneficios es una lista general de los servicios que cubre el plan. En ésta primero se mencionan los servicios preventivos y luego las categorías de otros tipos de servicios en orden alfabético. También explica los servicios cubiertos, cómo acceder a los servicios, y si existen límites o restricciones para los servicios. Si no puede encontrar el servicio que busca, si tiene dudas o si necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y la forma de acceder a los servicios, comuníquese con Servicios para Afiliados o su administrador de atención.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (inclusive la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y deben ser médicamente necesarios. El concepto "médicamente necesario/a" significa que usted necesita los servicios, suministros o medicamentos 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.
  - Si CareSource MyCare Ohio toma una decisión acerca de que un servicio no es médicamente necesario o que no cuenta con cobertura, usted o una persona autorizada para actuar en su nombre pueden presentar una apelación. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3, 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*, incluye más información sobre el uso de la red y de proveedores fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le proporcionan y administran su atención médica.

Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios tienen cobertura solo si el doctor u otro proveedor de la red obtienen primero de nuestra parte la aprobación por anticipado. Esto se denomina "autorización previa". Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios tienen cobertura solo si el doctor u otro proveedor de la red redactan una orden o prescripción para que usted reciba los servicios. Si no está seguro acerca de si un servicio requiere una autorización previa, comuníquese con Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en <https://www.caresource.com/members/ohio/caresource-mycare-ohio/my-benefitservices/>.

No debe pagar nada por los servicios que se mencionan en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. La única excepción que existe es si usted tiene una obligación como paciente para los servicios del centro de enfermería o los servicios de exención, según lo determina el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



## D. Tabla de beneficios

### D1. Visitas preventivas

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Control anual</b></p> <p>Esta es una visita para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Los controles anuales tienen cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Usted no puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Obtendrá cobertura para los controles anuales una vez que haya tenido cobertura de la Parte B durante 12 meses. No necesita haber realizado primero la visita “Bienvenido a Medicare”.</p>	
<p><b>Visita “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>Si ha tenido cobertura de la Parte B de Medicare durante 12 meses o menos, puede obtener una sola visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Cuando realice la cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una revisión de su condición de salud,</li> <li>• educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso exámenes de detección y vacunas), y</li> <li>• derivaciones para otro tipo de atención, si lo necesita.</li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Control de niño sano (también conocido como Healthchek)</b></p> <p>Healthchek es el beneficio del Programa de exámenes, diagnóstico y tratamiento prematuros y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) de Ohio para todas las personas pertenecientes a Medicaid, desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre los exámenes médicos, oftalmológicos, odontológicos, nutricionales, de desarrollo, y de salud mental. También incluye las vacunas, la educación para la salud, y los análisis de laboratorio.</p> <p>Exámenes preventivos</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>La atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otro tipo de problemas o cuestiones de salud detectados durante la evaluación incluye, 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>Consultas 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 requieren una derivación por parte de su PCP o una 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 preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## D2. Servicios preventivos y evaluaciones

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal</b></p> <p>El plan cubre los monitoreos por ultrasonido de aneurisma de aorta abdominal, si usted corre un riesgo.</p>	
<p><b>Monitoreo y asesoría por consumo indebido de alcohol</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo por consumo indebido de alcohol en adultos. Incluye a las mujeres embarazadas. Si el monitoreo por consumo indebido de alcohol resulta positivo, usted obtiene sesiones de asesoría personalizada proporcionadas por un proveedor de atención primaria o un profesional calificado.</p>	
<p><b>Monitoreo de cáncer de seno</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de rutina entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de monitoreo cada 12 meses para mujeres de 40 años y mayores</li> <li>• Las mujeres menores de 35 años que corran un riesgo alto de desarrollar cáncer de seno también pueden ser elegibles para las mamografías.</li> <li>• Exámenes anuales clínicos de seno.</li> </ul>	
<p><b>Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares, del corazón)</b></p> <p>El plan cubre visitas a su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su proveedor puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablarle sobre el uso de aspirina,</li> <li>• revisar su presión arterial, o</li> <li>• brindarle consejos para asegurarse de que usted está alimentándose bien.</li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Prueba de enfermedad cardiovascular (del corazón)</b></p> <p>El plan cubre los análisis de sangre para corroborar si existe una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también controlan la existencia de defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	
<p><b>Monitoreo de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>El plan cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.</p>	
<p><b>Monitoreo de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas mayores de 50 años o con alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o monitoreo mediante enema de bario)</li> <li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal</li> <li>• Monitoreo mediante colonoscopia</li> <li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal basado en guayacol o examen inmunológico fecal</li> <li>• Monitoreo colorrectal basado en ADN</li> </ul> <p>Para personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses de haberse realizado una sigmoidoscopia).</p>	
<p><b>Asesoría e intervenciones para dejar de fumar o usar tabaco</b></p> <p>El plan cubre la asesoría y las intervenciones para dejar de fumar.</p>	
<p><b>Monitoreo de la depresión</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo de depresión.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Pruebas de detección de diabetes</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo de diabetes (incluye análisis de glucosa en ayunas).</p> <p>Quizás desee hablar con su proveedor sobre esta prueba si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: alta presión arterial (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, historia familiar de diabetes o antecedentes de altas concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre.</p>	
<p><b>Pruebas de detección de VIH</b></p> <p>El plan cubre los exámenes de detección de VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana) para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que corren mayor riesgo de infección por VIH.</p>	
<p><b>Vacunas</b></p> <p>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 cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si se las considera médicamente necesarias.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si presenta un alto riesgo o un riesgo inmediato de contraer hepatitis B.</li> <li>• Otras vacunas si presenta un riesgo y si éstas cumplen las reglas de cobertura de Medicaid o de la Parte B de Medicare.</li> <li>• Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección D, <i>Vacunas</i> para obtener más información.</li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Monitoreo de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará por el monitoreo de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene entre 55 y 77 años, <b>y</b></li> <li>• Tiene una visita de asesoría y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• Ha fumado por lo menos un paquete por día durante los últimos 30 años sin que se presente ninguna señal o síntoma de cáncer de pulmón, fuma ahora, o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Luego de la primera evaluación, el plan pagará por una nueva evaluación cada año con una orden escrita de su médico y otro proveedor calificado.</p>	
<p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a incrementar su conducta saludable. Brinda capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios a largo plazo en la dieta, <b>y</b></li> <li>• aumento de la actividad física, <b>y</b></li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>	
<p><b>Monitoreo de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso</b></p> <p>El plan cubre la asesoría para ayudarlo a perder peso.</p>	
<p><b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen rectal digital.</li> <li>• Una prueba del antígeno prostático (PSA, por sus siglas en inglés).</li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Monitoreo y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo de infecciones de transmisión sexual, incluso entre otras, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan también cubre, sesiones de asesoría personalizada, asesoría de salud conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés). Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**D3. Otros servicios**

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>El plan cubre la acupuntura para el manejo de los dolores de cabeza y los dolores en la parte baja de la espalda.</p>	<p>Se brindan los servicios como tratamientos solo para el dolor de la parte baja de la espalda o la migraña.</p> <p>Se requiere autorización previa para más de 30 visitas por año.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia o de camioneta adaptada para sillas de rueda</b></p> <p>Los servicios de transporte de emergencia en ambulancia cubiertos incluyen el transporte en avión, helicóptero sanitario o ambulancia terrestre. La ambulancia lo trasladará hacia el lugar más cercano donde se le pueda brindar atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave de forma tal que otras formas de traslado a un lugar de atención pudieran arriesgar su vida o, en el caso de estar embarazada, corren riesgo la vida o la salud de del bebé por nacer.</p> <p>Si no se trata de una emergencia, los servicios de ambulancia o de camioneta adaptada para sillas de rueda tienen cobertura si se consideran médicamente necesarios.</p>	<p>Se requiere autorización previa, excepto para el transporte de emergencia en ambulancia terrestre o no terrestre.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías de diagnóstico.</li> <li>• Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para más de 15 visitas por año.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal completo (uno por relación entre proveedor y paciente).</li> <li>• Examen bucal periódico una vez cada 180 días para afiliados menores de 21 años y una vez cada 365 días para los afiliados de 21 años y mayores.</li> <li>• Servicios preventivos, que incluyen profilaxis, tratamiento con flúor para afiliados menores de 21 años, selladores y espaciadores.</li> <li>• Radiografías/Imágenes diagnósticas de rutina.</li> <li>• Servicios odontológicos completos que incluyen servicios de diagnóstico no convencional, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de ortodoncia y quirúrgicos.</li> <li>• Un examen bucal y una limpieza adicional por año.</li> </ul>	<p>Algunos servicios odontológicos requieren autorización previa. Consulte a su proveedor de atención odontológica para obtener detalles.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios para personas diabéticas</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación sobre cómo manejar su diabetes, en algunos casos</li> <li>• Suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas.</li> <li>○ Dispositivos de lanceta y lancetas.</li> <li>○ Soluciones para el control de la glucosa para corroborar la precisión de las tiras de prueba y los monitores.</li> </ul> </li> <li>• Para personas con diabetes que tengan pie diabético agudo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, ●</li> <li>○ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con los zapatos)</li> </ul> </li> </ul> <p>El plan también cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos de profundidad.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Equipo médico permanente (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>Los DME cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas.</li> <li>• Bastones, muletas y andadores.</li> <li>• Sistemas de colchón eléctrico.</li> <li>• Suministros para la diabetes.</li> <li>• Camas de hospital indicadas por un proveedor para uso domiciliario.</li> <li>• Sillas reetre.</li> <li>• Bombas de infusión intravenosa (IV).</li> <li>• Dispositivos de generación del habla.</li> <li>• Equipo y suministros de oxígeno.</li> <li>• Nebulizadores.</li> <li>• Repelente de insectos.</li> <li>• Dispositivos de generación del habla.</li> </ul> <p>Otros artículos (como prendas para la incontinencia, productos para la nutrición enteral, suministros para la ostomía y urológicos, y vendajes quirúrgicos e insumos relacionados) puede ser cubiertos. Para otros tipos de suministros adicionales que cubre el plan, consulte las secciones acerca de los servicios para personas diabéticas, los servicios para la audición y sobre dispositivos protésicos.</p> <p>El plan también puede cubrir la capacitación sobre cómo usar, modificar o reparar su equipo. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos otros equipos y servicios son apropiados para usted y se incluirán en su Plan de atención individualizada.</p> <p>Cubriremos todos los DME que Medicare y Medicaid por lo general cubren. Si nuestro proveedor de su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarle si se los puede pedir de forma especial para usted.</p>	<p>Se requiere autorización previa para todas las sillas de ruedas motorizadas y personalizadas. También se requiere autorización previa para otras categorías de DME si los cargos facturados son superiores a \$500.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención médica de emergencia (también consulte “Atención médica necesaria de urgencia”)</b></p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proporciona un proveedor calificado para brindar atención médica de emergencia, y</li> <li>• son necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una afección médica que presenta dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con cierto conocimiento de salud y medicina podría saber que esto puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• representar un riesgo grave para su salud o, si está embarazada, para la salud de su bebé; u</li> <li>• ocasionar un daño grave a las funciones corporales; o</li> <li>• provocar una insuficiencia grave a cualquier órgano o parte del cuerpo; o</li> <li>• en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no se cuenta con el tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la afiliada a otro hospital antes del parto.</li> <li>○ el traslado a otro hospital puede representar un riesgo para la salud de la afiliada o del bebé por nacer.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) u otro centro apropiado más cercano.</p> <p>Si no está seguro de tener que concurrir a la sala de emergencias, llame a su PCP o a la línea de asesoría gratuita en enfermería disponible las 24 horas. Su PCP o la línea de asesoría en enfermería le pueden aconsejar acerca de qué debe hacer.</p> <p>No se cubre fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados luego de que se estabiliza su emergencia, comuníquese con 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.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de planificación familiar y tratamiento médico.</li> <li>• Laboratorio para planificación familiar y pruebas de diagnóstico.</li> <li>• Métodos de planificación familiar (píldoras, parche y anillo anticonceptivos, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes).</li> <li>• Suministros para la planificación familiar (preservativos, esponja, espuma, película soluble, diafragma, capuchón cervical).</li> <li>• Asesoría y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados.</li> <li>• Asesoría y análisis para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH.</li> <li>• Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI).</li> <li>• Tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH.</li> <li>• Esterilización voluntaria (Debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Entre la fecha en que usted firma el formulario y la fecha de la cirugía debe transcurrir al menos un plazo de 30 días, pero no mayor a 180 días.)</li> <li>• Detección, diagnóstico y asesoría sobre anomalías genéticas y/o trastornos metabólicos hereditarios</li> <li>• Tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada.)</li> </ul> <p><b>Nota:</b> puede obtener los servicios de planificación familiar de parte de un proveedor de planificación familiar calificado que participe o no participe de la red (por ejemplo, de Planificación familiar) que figure en el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>. También puede obtener servicios de planificación familiar a partir de una partera enfermera certificada, un obstetra, un ginecólogo o proveedor de atención primaria de la red.</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 preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Centros de salud calificados a nivel federal</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en los Centros de salud calificados a nivel federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio para obtener atención primaria y servicios de especialistas.</li> <li>• Servicios de terapia física.</li> <li>• Servicios de patología del habla y de audiolología.</li> <li>• Servicios odontológicos</li> <li>• Servicios de podiatría</li> <li>• Servicios de optometría y/o de óptico.</li> <li>• Servicios quiroprácticos</li> <li>• Servicios de transporte.</li> <li>• Servicios de salud mental.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> puede obtener los servicios de un Centro de salud calificado a nivel federal que participa o no participa de la red.</p>	
<p><b>Programas de educación sobre salud y bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de apoyo de acondicionamiento físico, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ubicaciones de centros de acondicionamiento físico</li> <li>○ Equipo y clases de ejercicios</li> <li>○ Piscinas y saunas en determinadas ubicaciones</li> <li>○ Kits de actividades de acondicionamiento físico en el hogar</li> <li>○ Biblioteca de recursos en línea</li> <li>○ Manejo de enfermedades</li> </ul> </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 preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios y suministros para la audición</b></p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pruebas de audición y de equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (cobertura como atención ambulatoria cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado).</li> <li>● Audífonos, baterías y accesorios (incluye la reparación y/o el reemplazo). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los audífonos convencionales tienen cobertura una sola vez cada 4 años.</li> <li>○ Los audífonos digitales/programables tienen cobertura una sola vez cada 5 años.</li> </ul> </li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención para adultos en centros de día</li> <li>• Servicio de comidas alternativas.</li> <li>• Servicios de vida asistida.</li> <li>• 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).</li> <li>• Servicios de tareas domésticas.</li> <li>• Integración comunitaria.</li> <li>• Transición comunitaria.</li> <li>• Servicios de respuesta en emergencias.</li> <li>• Servicios mejorados para la vida en comunidad.</li> <li>• Asistente para la atención domiciliaria.</li> <li>• Comidas con reparto a domicilio.</li> <li>• Equipos médicos de uso domiciliario y servicios de dispositivos de adaptación y de asistencia complementarios.</li> <li>• Modificación, mantenimiento y reparación del hogar.</li> <li>• Servicios de ama de llaves.</li> <li>• Asistencia para la vida independiente.</li> <li>• Consulta sobre nutrición.</li> <li>• Servicios de atención de relevo fuera del domicilio.</li> <li>• Servicios de asistencia de cuidados personales</li> <li>• Servicios de respuesta de emergencias personales.</li> <li>• Control de plagas.</li> <li>• Asesoría de un trabajador social.</li> <li>• Servicios de enfermería de exención.</li> <li>• Servicios de transporte de exención.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Estos servicios están disponibles solo si Medicaid de Ohio determina una necesidad de atención médica a largo plazo.</p> <p>Es posible que usted sea responsable del pago de una obligación como paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.</p> <p>Se 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</p>
---	--



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación)</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>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 servicio en lugar de, pero no además del servicio de transición comunitaria disponible a través del programa de demostración Money Follows the Person (MFP) de Home Choice de Ohio.</p> <p>Los servicios de respuesta en emergencias (Emergency Response Services, ERS) no incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo que le conecta directamente con el 911.</li> <li>• 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.</li> <li>• Servicios de monitoreo remoto.</li> </ul>
--	---



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación)</b></p>	<p>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>
<p><b>Servicios de atención médica domiciliaria</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de asistencia y/o de enfermería domiciliarios.</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios de enfermería privada (también pueden ser proporcionados por un proveedor independiente).</li> <li>• Terapia de infusión domiciliaria para la administración de medicamentos, nutrientes o de otras soluciones por vía intravenosa o enteral.</li> <li>• Servicios de atención médica/sociales.</li> <li>• Equipo y suministros médicos</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las visitas de asistencia médica en el hogar y de atención privada.</li> <li>• Más de 3 visitas por año de servicios de enfermería especializada en el hogar.</li> <li>• Más de 2 visitas por año de servicios domiciliarios de trabajador social.</li> </ul>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir los cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor.</li> <li>• Atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención domiciliaria.</li> <li>• Atención en centros de enfermería.</li> </ul> <p><b>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos de la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para los servicios que cubre CareSource MyCare Ohio, pero que no tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CareSource MyCare Ohio cubrirá los servicios cubiertos por el plan no cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Salvo que se le exija pagar una obligación como paciente por los servicios de un centro de enfermería, usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de CareSource MyCare Ohio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos ya sea por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, <i>Cobertura de medicamentos en casos especiales.</i></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Si desea obtener servicios de cuidados paliativos en un centro de enfermería, es posible que se le pida recurrir a un centro de enfermería de la red. Además, es posible que deba pagar una obligación como paciente por los servicios recibidos en un centro de enfermería, luego de utilizar el beneficio del centro de enfermería de Medicare. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.</p> <p>La cobertura para cuidados paliativos es únicamente para habitación y comida.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <p><b>Nota:</b> Excepto por la atención médica de emergencia/la atención médica necesaria de urgencia, si necesita cuidados no paliativos, debe llamar a su administrador de atención médica para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos consisten en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. si no sabe cómo comunicarse con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta por cuidados paliativos (solo por única vez) para una persona con una enfermedad en etapa terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p><b>Servicios de salud conductual para pacientes internados</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico privado o público independiente o en un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para afiliados de entre 22 y 64 años en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, existe un límite de 190 días de por vida.</li> </ul> </li> <li>• Atención para desintoxicación para pacientes internados.</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para todos los servicios de salud conductual para pacientes internados y algunos servicios residenciales por el trastorno por uso de sustancias.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuese médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluso dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería regulares</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios).</li> <li>• Fármacos y medicamentos</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li> <li>• Aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital.</li> <li>• Servicios de sala quirúrgica y de recuperación.</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>• Servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias</li> <li>• Sangre, incluidas la conservación y la administración.</li> <li>• Servicios proporcionados por médicos/proveedores.</li> <li>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, e intestino/multivisceral.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. 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.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Hospitalización como paciente internado: Los servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización como paciente internado no cubierta.</b></p> <p>Si su hospitalización como paciente internado no tiene un motivo ni es necesaria, el plan no la cubre.</p> <p>No obstante, en algunos casos, cubriremos ciertos aquellos servicios que reciba durante la estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada. El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de médico.</li> <li>● Pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio.</li> <li>● Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluso los materiales y servicios del técnico.</li> <li>● Vendajes quirúrgicos</li> <li>● Cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones.</li> <li>● Prótesis y órtesis, que no sean dentales, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o</li> <li>○ reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal.</li> </ul> </li> <li>● Piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente.</li> <li>● Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Servicios y suministros para la enfermedad renal</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar decisiones correctas respecto de su atención médica.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluso los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, <i>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.</i></li> <li>• Tratamientos de diálisis como paciente internado si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial.</li> <li>• Capacitación para autoadministrarse diálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipo y suministros para diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, para ayudarlo en situaciones de emergencia, y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua, en el caso de ser necesario).</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con una enfermedad renal sin diálisis. También se puede obtener luego de un trasplante de riñón cuando lo deriva su médico.</p> <p>El plan cubre tres horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de asesoría personalizada por año posterior a esto.</p>	<p>Se requiere autorización previa para suplementos alimenticios, suplementos nutricionales y alimentación enteral de más de 30 latas por mes.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura de conformidad con la Parte B de Medicare. CareSource MyCare Ohio cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran por medio de terapia de infusión mientras usted recibe los servicios de un doctor, servicios como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Medicamentos que tome usando un equipo médico permanente (por ejemplo, nebulizadores) que fue autorizado por el plan</li> <li>• Factores de coagulación que usted se administre por inyección si tiene hemofilia</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores, si estuvo inscrito en la Parte A de Medicare al momento de un trasplante de órgano</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el doctor certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</li> <li>• Antígenos</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas</li> <li>• Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluso la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbeopetin Alfa)</li> <li>• Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunológica primaria.</li> </ul> <p>El Capítulo 5, Sección A, <i>Cómo surtir sus recetas</i> explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir obtener los medicamentos cubiertos.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <p>El Capítulo 6, Sección C, <i>Usted no paga nada por un suministro de un mes o de largo plazo de medicamentos</i> explica qué debe pagar por sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p>	
<p><b>Fondo de Asistencia para el Afiliado</b></p> <p>El Fondo de Asistencia para el Afiliado puede utilizarse para servicios y/o artículos, como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia alimentaria;</li> <li>• asistencia con los servicios;</li> <li>• asistencia en el hogar (alquiler, depósito de seguridad);</li> <li>• equipos (rampas portátiles, dispositivos, muebles);</li> <li>• medicamentos de venta libre;</li> <li>• estacionamiento;</li> <li>• ropa.</li> </ul>	<p>El administrador de atención requiere una derivación previa.</p> <p>Límite de \$150 por año de beneficios.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones</b></p> <p>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>• Manejo de casos</li> <li>• Asesoría</li> <li>• Intervención en crisis.</li> <li>• Programa intensivo para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Hospitalización parcial.</li> <li>• Análisis de detección de abuso de alcohol/drogas y uroanálisis.</li> <li>• Servicio médico/de enfermedades somáticas.</li> <li>• Administración de metadona.</li> <li>• Medicamentos para el tratamiento de adicciones administrados en el consultorio, incluso vivitrol e inducción a buprenorfina.</li> </ul> <p>Consulte “Servicios de salud conductual para pacientes internados” y “Atención de salud mental ambulatoria” para obtener información adicional.</p>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 30 citas del programa de internaciones parciales por año calendario.</li> <li>• Más de 10 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario.</li> <li>• Más de 30 visitas de atención ambulatoria psiquiátrica intensiva por año calendario.</li> <li>• Servicios como paciente internado: vea “Internación”</li> <li>• Todos los otros servicios, incluidos servicios de salud en el hogar en tratamiento asertivo comunitario (ACT).</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias en centros de salud mental comunitarios</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación de salud mental / Evaluación de diagnóstico psiquiátrico</li> <li>● Tratamiento asertivo comunitario (ACT)</li> <li>● Tratamiento intensivo basado en el hogar (Intensive Home Based Treatment, IHBT)</li> <li>● Detección, intervención breve y derivación para tratamiento (SBIRT)</li> <li>● Evaluación psicológica.</li> <li>● Servicios terapéuticos para la conducta (Therapeutic Behavioral Services, TBS)</li> <li>● Rehabilitación psicosocial</li> <li>● Servicios de tratamiento psiquiátrico con apoyo de la comunidad (Community psychiatric supportive treatment, CPST).</li> <li>● Asesoría y terapia.</li> <li>● Intervención en crisis.</li> <li>● Control farmacológico.</li> <li>● Ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio.</li> <li>● Internación parcial por trastornos por uso de sustancias únicamente</li> </ul> <p>La internación parcial es un programa estructurado de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en hospital o a través de un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Consulte "Servicios de salud conductual para pacientes internados" y "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" para obtener más información.</p>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Más de 30 citas del programa de internaciones parciales por año calendario.</li> <li>● Más de 10 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario.</li> <li>● Más de 30 visitas de atención ambulatoria psiquiátrica intensiva por año calendario.</li> <li>● Servicios como paciente internado: vea "Internación"</li> <li>● Todos los otros servicios, incluidos servicios de salud en el hogar en tratamiento asertivo comunitario (ACT).</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<p><b>Centros de enfermería y de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada, o una habitación privada si fuese médicamente necesario.</li> <li>• Comidas, incluso dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería.</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica, incluso sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación.</li> <li>• Sangre, incluso la conservación y la administración.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería.</li> <li>• Análisis de laboratorio administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Equipo médico permanente, como sillas de ruedas, generalmente suministradas por centros de enfermería.</li> <li>• Servicios proporcionados por médicos/proveedores.</li> </ul> <p>Por lo general, usted obtendrá la atención médica en centros de la red. Sin embargo, puede obtener su atención médica en un centro que no pertenece a nuestra red. Usted puede obtener atención en centros de enfermería de Medicaid en el siguiente lugar, si dicho centro acepta los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una residencia geriátrica o una comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía en la fecha en que se afilió a CareSource MyCare Ohio.</li> </ul> <p>Usted puede obtener atención en centros de enfermería de Medicaid en los siguientes lugares, si dichos centros aceptan los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una residencia geriátrica o comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención como centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted se va del hospital.</li> </ul>	<p>Quizás sea responsable del pago de una obligación como paciente por los costos de habitación y de alojamiento que derivan de los servicios del centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.</p> <p>Tenga en cuenta que la obligación como paciente no corresponde 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>
---	---



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios del programa de tratamiento por opioides</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos.</li> <li>• Asesoría sobre el uso de sustancias</li> <li>• Terapias individuales y grupales</li> <li>• Pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (examen de toxicología)</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios para pacientes internados</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre los servicios para la salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un médico o psiquiatra autorizado por el estado,</li> <li>• un psicólogo clínico,</li> <li>• un trabajador social clínico,</li> <li>• un especialista en enfermería clínica,</li> <li>• un/una enfermero/a profesional,</li> <li>• un médico asistente, o</li> <li>• cualquier otro profesional de atención médica mental calificado, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios en hospital general.</li> <li>• Servicios terapéuticos para la conducta (TBS)</li> <li>• Servicios de rehabilitación psicosocial. que incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluaciones y pruebas.</li> <li>○ Administración de farmacia y visitas al consultorio.</li> <li>○ Asesoría individual y grupal.</li> <li>○ Intervención en crisis.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 30 citas del programa de internaciones parciales por año calendario.</li> <li>• Más de 10 visitas del programa de atención ambulatoria intensiva por año calendario.</li> <li>• Más de 30 visitas de atención ambulatoria psiquiátrica intensiva por año calendario.</li> <li>• Servicios como paciente internado: vea “Internación”</li> <li>• Todos los otros servicios, incluidos servicios de salud en el hogar en tratamiento asertivo comunitario (ACT).</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



<p><b>Servicios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre servicios que obtiene en un ámbito de atención ambulatoria para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>A continuación le brindamos ejemplos de servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios brindados en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o de cirugía ambulatoria. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si usted necesita que lo admitan en el hospital como "paciente internado".</li> <li>○ A veces puede permanecer en el hospital durante la noche, y aun así seguiría siendo un "paciente ambulatorio".</li> <li>○ Puede obtener más información acerca de "pacientes internados" o "pacientes ambulatorios" en esta hoja de datos: <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> </ul> </li> <li>● El plan cubre la cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros de salud hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios.</li> <li>● Quimioterapia.</li> <li>● Análisis de diagnóstico y laboratorio (por ejemplo, uroanálisis).</li> <li>● Atención de salud mental, incluso la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin dicha atención.</li> <li>● Diagnóstico por imágenes (por ejemplo, radiografías, tomografía computada (CT), resonancia magnética por imágenes (MRI)).</li> <li>● Terapia de radiación (radio e isótopos), incluso los materiales y suministros del técnico.</li> <li>● Sangre, incluso la conservación y la administración.</li> <li>● Suministros médicos, como cabestrillos y yesos.</li> <li>● Exámenes de detección preventivos y servicios que figuren en la tabla de beneficios.</li> <li>● Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Más de 30 citas del programa de internaciones parciales por año calendario.</li> <li>● Exploración mediante tomografía computada (CT), tomografía axial computada (CTA, por sus siglas en inglés), resonancia magnética por imágenes (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRZ, por sus siglas en inglés) y Tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés).</li> <li>● Pruebas genéticas</li> <li>● Procedimientos cosméticos y cirugía plástica.</li> <li>● Medicina nuclear y pruebas de cardiología.</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p>
---	--



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluso las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de cirugía o de atención médica en lugares como un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o un departamento ambulatorio de hospital.</li> <li>• Consultas, diagnósticos y tratamiento por un especialista</li> </ul> <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio por telesalud.</p> <p>Con los servicios de telesalud, usted puede hablar con un médico y recibir tratamientos a través de una conexión interactiva de audio y video segura, apoyada por el uso de dispositivos de comunicación móvil, tales como teléfonos inteligentes, tabletas, y computadoras personales. Este servicio se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos servicios de telesalud, incluso la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional para pacientes de ciertas zonas rurales o que viven en otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal, para realizar diálisis en el hogar a afiliados en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de difícil acceso, en un centro de diálisis renal, o en el hogar del afiliado.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluso las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su proveedor por 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los 7 días anteriores <b>y</b></li> <li>○ el control no genera una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> <li>● Evaluación de videos y/o imágenes que le haya enviado a su médico y la explicación y seguimiento realizado por su médico dentro de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los 7 días anteriores <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no causa una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> <li>● Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o registros electrónicos de salud si no es un paciente nuevo.</li> <li>● Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico.</li> <li>● Atención odontológica no rutinaria. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas;</li> <li>○ ajuste de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales;</li> <li>○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico; <b>o</b></li> <li>○ servicios que estarían cubiertos si fuesen proporcionados por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie, de los músculos y los tendones de la pierna que controlan el pie y de lesiones superficiales de la mano, excepto aquellas asociadas con traumatismos.</li> <li>• Atención de rutina de los pies para afiliados con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes.</li> </ul>	
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o parte de un miembro o de una función del cuerpo. A continuación le brindamos ejemplos de dispositivos protésicos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsas de colostomía y materiales relacionados con la atención de la colostomía.</li> <li>• Marcapasos.</li> <li>• Soportes.</li> <li>• Zapatos ortopédicos.</li> <li>• Piernas y brazos artificiales.</li> <li>• Prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico luego de una mastectomía).</li> <li>• Dispositivos dentales.</li> </ul> <p>El plan también cubre ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de las cataratas o luego de la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidados de la vista” más adelante en esta sección en la página 89 para obtener más detalles.</p>	<p>Se requiere autorización previa si los cargos facturados son superiores a \$500.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de rehabilitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>○ Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas/quiropáticos/psicólogos independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.</li> </ul> </li> <li>● Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoría para ciertas afecciones.</li> <li>○ El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</li> </ul> </li> <li>● Servicios de rehabilitación pulmonar <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan cubre los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy grave.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Más de 10 visitas de terapia ocupacional por año.</li> <li>● Más de 10 visitas de fisioterapia por año.</li> <li>● Más de 10 visitas de terapia del habla por año.</li> </ul>
<p><b>Clínicas de salud rurales</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en las Clínicas de salud rurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitas al consultorio para obtener atención primaria y servicios de especialistas.</li> <li>● Psicólogo clínico.</li> <li>● Trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales.</li> <li>● Servicios de visitas de enfermería en ciertas situaciones.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Puede obtener servicios de una clínica de salud rural dentro o fuera de la red.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<b>Los servicios cubiertos por el Plan.</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Programa de servicios de recuperación especializados (Specialized Recovery Services, SRS)</b></p> <p>Si es un adulto que ha sido diagnosticado con una enfermedad mental grave y persistente y vive dentro de la comunidad, usted puede ser elegible para recibir SRS específicos para su recuperación. El plan cubre los siguientes tres servicios si usted está inscrito al programa SRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Administración de servicios de recuperación - Los administradores de servicios de recuperación trabajarán con usted para: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ desarrollar un plan de atención centrado en la persona que refleje sus metas personales y los resultados deseados,</li> <li>○ controlar regularmente su plan mediante reuniones regulares, y</li> <li>○ proporcionar información y derivaciones.</li> </ul> </li> <li>● Apoyo y colocación personal - Empleo asistido (IPS-SE) - Los servicios de empleo asistido pueden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ayudarlo a encontrar un trabajo en el que le interesa trabajar,</li> <li>○ evaluar sus intereses, habilidades y experiencia que se relacionen con sus metas laborales, y</li> <li>○ brindar apoyo continuo para ayudarlo a mantenerse empleado.</li> </ul> </li> <li>● Apoyo de pares para la recuperación: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ los integrantes del apoyo de pares para la recuperación utilizan sus propias experiencias con trastornos de salud mental y por uso de sustancias para ayudarlo a alcanzar sus metas de recuperación, y</li> <li>○ las metas se encuentran incluidas en un plan de atención diseñado en base a sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y el apoyo.</li> </ul> </li> </ul> <p>La relación con sus pares puede ayudarlo a concentrarse en estrategias y progresar para alcanzar la autodeterminación, la capacidad para defenderse a uno mismo, el bienestar y la independencia.</p>	<p>Si le interesan los SRS, se lo comunicará con un administrador de servicios de recuperación, que iniciará la evaluación para corroborar su elegibilidad mediante la observación de elementos como su diagnóstico y su necesidad de ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida.</p> <p>Los servicios de especialidad de salud mental médicamente necesarios están cubiertos por CareSource sin costo para la persona y no requieren autorización previa.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>El plan pagará la SET para afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD), que tengan una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumple con todos los requisitos de SET.</li> <li>• 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas que se deban a flujo sanguíneo deficiente (claudicación).</li> <li>• En un entorno ámbito de atención ambulatoria o en el consultorio de un médico.</li> <li>• Proporcionado por personal cualificado que se asegure de que los beneficios exceden el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD.</li> <li>• Bajo supervisión directa de un médico, un asistente médico, enfermero/a profesional o enfermero/a especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.</li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de transporte para servicios que no sean de emergencia (consulte también “Servicios de ambulancia o de camioneta adaptada para sillas de ruedas”)</b></p> <p>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, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) o cita de redeterminación. Para organizar un viaje, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). Llame tan pronto como sepa que necesita un viaje. Llame para organizar el transporte con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.</p> <p>Si vive en un centro de cuidados a largo plazo y requiere asistencia médica para transporte, una persona que trabaje en su centro puede programar el transporte por usted.</p> <p>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.</p> <p><b>Nota:</b> Además de la ayuda en cuanto al transporte que proporciona CareSource MyCare Ohio, usted todavía puede recibir asistencia con el transporte para determinados servicios a través del programa de Servicios de transporte que no se considera de emergencia (Non-Emergency Transportation o NET). Consulte con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local del condado por las inquietudes que tenga o si necesita asistencia respecto de los servicios de NET.</p>	
<p><b>Atención médica necesaria de urgencia</b></p> <p>La atención médica de urgencia es atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un caso que no es de emergencia, ○</li> <li>• una enfermedad médica repentina, ○</li> <li>• una lesión, ○</li> <li>• una condición que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si usted necesita atención médica necesaria de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. No obstante, usted puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda conseguir a un proveedor de la red.</p> <p>No se cubre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



Los servicios cubiertos por el Plan.	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con cobertura un examen integral de los ojos, un marco completo y un par de lentes (lentes de contacto, si fuera médicamente necesario): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ por períodos de 12 meses para los afiliados menores de 21 años y mayores de 59; ○</li> <li>○ por período de 24 meses para los afiliados de entre 21 y 59 años.</li> </ul> </li> <li>• Capacitación sobre la visión</li> <li>• Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluye entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes oftalmológicos anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</li> <li>○ Un examen de detección de glaucoma por año para afiliados menores de 20 años y mayores de 50 años, afiliados con antecedentes familiares de glaucoma, afiliados con diabetes, individuos afroamericanos que tengan 50 años o más, e individuos hispanoamericanos que tengan 65 años o más.</li> <li>○ Un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas que incluye el implante de una lente intraocular. (Si usted se somete a dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.)</li> </ul> </li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## E. Cómo acceder a los servicios cuando se encuentra fuera de casa o fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera de casa o fuera del área de servicio (consulte el Capítulo 1, Sección D, *Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio*) y necesita atención médica, a continuación, le brindamos sugerencias sobre lo que debe 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 ayudarlo 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 los Estados Unidos o sus territorios.

## F. Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio

Los siguientes servicios no se encuentran cubiertos por CareSource MyCare Ohio, pero están disponibles a través de Medicare. Llame a Servicios para Afiliados para obtener información acerca de los servicios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio que están disponibles a través de Medicare.

### F1. Cuidados paliativos

Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir los cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información acerca de qué paga CareSource MyCare Ohio mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

#### **Para los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:**

- El proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare los servicios que usted reciba. Medicare pagará por los servicios de cuidados paliativos relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal (excepto para atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia):**

- El proveedor le facturará a Medicare los servicios que usted reciba. Medicare pagará por los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

**Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de CareSource MyCare Ohio:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos ya sea por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, *Cobertura de medicamentos en casos especiales*.

**Nota:** Si necesita cuidados no paliativos, debe llamar a su administrador de atención médica para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos consisten en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. Comuníquese con su administrador de atención directamente, o llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

## **G. Beneficios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio, Medicare o Medicaid**

Esta sección le indica qué tipos de beneficios están “excluidos” del plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los cubrirán.

La lista siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ningún concepto y ciertos servicios que están excluidos por el plan solo en ciertos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos exclusivos que figuran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del afiliado*), excepto bajo las circunstancias específicas descritas. Si usted cree que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de beneficios, **nuestro plan no incluye los siguientes artículos equipos y servicios:**

- Servicios considerados como “no razonables ni necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que nuestro plan mencione estos servicios como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, páginas 42 y 43, para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y esté cubierto por Medicare.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesaria.
- Artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Custodia de pacientes internados en un hospital.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejoramiento voluntario o electivo (incluso pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, desempeño antiedad y mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no está en buena forma. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por tratar la otra mama para que coincidan.
- Atención quiropráctica, distinta de diagnóstico mediante rayos X y manipulación manual (ajustes) de la columna para corregir la alineación consistente con los lineamientos de la cobertura de Medicare y Medicaid.
- Atención podológica de rutina, excepto la cobertura limitada provista de acuerdo con los lineamientos de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Servicios de tratamientos de la infertilidad para hombres y mujeres.
- Esterilización voluntaria, si es menor de 21 años o se lo considera jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento para el procedimiento.
- Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, de un incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Servicios de naturopatía (que usa tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios provistos para veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs o VA).
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través del plan

---

### Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor indica para usted y que usted obtiene de una farmacia o mediante pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y Medicaid. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

CareSource MyCare Ohio también cubre los siguientes medicamentos, si bien no se discutirán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que se le suministran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le suministran en una consulta médica o de otro proveedor y los medicamentos que se le administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información acerca de qué medicamentos cubre la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*.

### Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga las reglas de esta sección:

1. Un médico o proveedor de la red debe escribir su receta médica. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor.
2. Generalmente, usted debe usar los servicios de una farmacia de la red para surtir su receta.
3. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos la "Lista de medicamentos" en forma abreviada.
  - Si no está en la Lista de medicamentos, tal vez podamos cubrirlo haciendo una excepción.
  - Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6, *Medicamentos de la Parte D*.
4. Su medicamento debe usarse para una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso de del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Índice

A. Cómo surtir sus recetas .....	97
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red .....	97
A2. Cómo utilizar su tarjeta de ID de afiliado para surtir una receta .....	97
A3. Qué hacer si cambia la receta a otra farmacia diferente de la red .....	97
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red .....	97
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada .....	97
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos .....	98
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo .....	100
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan .....	100
B. Lista de medicamentos del plan .....	101
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos .....	101
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos .....	101
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos .....	101
B4. Niveles de la Lista de medicamentos .....	102
C. Límites sobre ciertos medicamentos .....	103
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto .....	104
D1. Cómo obtener un suministro temporario .....	104
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	107
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales .....	109
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan .....	109
F2. Si usted se encuentra en un centro de atención a largo plazo .....	109
F3. Si usted está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare .....	109
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos .....	110



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos en forma segura..... 110

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos ..... 110

G3. Programa para el manejo de medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides en forma segura ..... 111



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



---

## A. Cómo surtir sus recetas

### A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por las recetas **solo** si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una droguería que ha acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención médica.

### A2. Cómo utilizar su tarjeta de ID de afiliado para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de ID de afiliado** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan por sus medicamentos recetados cubiertos.

**Siempre** debe mostrar a la farmacia su tarjeta de identificación (ID) de afiliado cuando haga surtir una receta para evitar cualquier problema. Si no tiene consigo su tarjeta de ID de afiliado cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para hacer surtir una receta médica, comuníquese con Servicios para Afiliados, con CareSource24, o con su administrador de atención médica.

### A3. Qué hacer si cambia la receta a otra farmacia diferente de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede pedir que un proveedor le extienda una receta médica nueva o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si todavía la puede surtir.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención.

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

Si la farmacia cuyos servicios usa abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención médica.

### A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una residencia geriátrica.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros debemos asegurarnos de que usted puede obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red o usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren un manejo e instrucciones especiales para su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención médica.

## **A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de un pedido por correo son medicamentos que usted toma en forma regular para tratar una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan se encuentran marcados en la Lista de medicamentos con las letras "MO" (Mail-Order drug).

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

### **Cómo surtir mis recetas por correo**

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

Por lo general, un pedido por correo de una farmacia llegará en un plazo no mayor de 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 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 al Departamento de Servicios para Afiliados.

### **Procesos para los pedidos por correo**

El servicio de pedido por correo tiene distintos procedimientos para nuestras recetas que usted envía, nuevas recetas que llegan directamente del consultorio de su proveedor y resurtidos de sus recetas de pedido por correo:



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

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

### 2. Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

La farmacia surtirá automáticamente y entregará nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin corroborar con usted antes, si es que:

- Usted utilizó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado; o
- Usted se registró para la entrega automática de todas las nuevas recetas que reciba directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento comunicándose con Servicios para Afiliados.

Si utilizó los servicios de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta automáticamente y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados.

Si nunca utilizó los servicios de pedidos por correo y/o decide frenar con el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de parte de un proveedor de atención médica para ver si usted desea que se surta el medicamento y se le envíe inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entrega el medicamento correcto (incluida la concentración, dosis y forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes del envío.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunica con usted, para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para impedir demoras de envío.

Para finalizar con las entregas automáticas de nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados.

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

Para el resurtido de medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse a un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted está próximo a quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de si necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos planificados si ya tiene suficientes medicamentos o si ha cambiado de medicamento.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acaben los medicamentos, para asegurarse que su siguiente pedido sea enviado a tiempo.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Para salirse de nuestro programa que automáticamente prepara los pedidos de resurtido por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacer saber a la farmacia la mejor forma de contactarlo. La farmacia puede tener varias formas para que usted pueda comunicarse. 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.

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

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

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información acerca de los servicios de pedidos por correo.

## A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, nosotros pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo si usted no puede usar los servicios de una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como afiliado a nuestro plan.

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

- Circunstancias especiales, tales como una emergencia o una enfermedad o lesión mientras viaja fuera del área de servicio, donde no hay farmacias de la red.
- Los requerimientos para los suministros diarios y la terapia escalonada aplican incluso para las farmacias fuera de la red.

En estas situaciones, consulte primero con Servicios para Afiliados para comprobar si existe una farmacia de la red cercana.

Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total cuando obtenga sus medicamentos recetados.

Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su receta, consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “Lista de medicamentos” en forma abreviada.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre que siga las reglas que se explican en este capítulo.

### B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y ciertos medicamentos recetados y de venta libre cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Usualmente funcionan igual que los medicamentos de marca y cuestan menos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre que siga las reglas que se explican en este capítulo.

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

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

Para averiguar si un medicamento que está tomando se encuentra en la Lista de medicamentos, puede:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/mycare). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si un medicamento particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos debido a que la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la Lista de medicamentos.

CareSource MyCare Ohio no pagará por los medicamentos que se describen en esta sección. Dichos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si usted obtiene una receta para un medicamento excluido, deberá pagar por este. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 6, *Medicamentos de la Parte D*.)



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/mycare).

A continuación, se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar por los medicamentos que ya estarían cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por las Partes A o B están cubiertos por CareSource MyCare Ohio de manera gratuita, pero no se los considera parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su doctor puede recetarle un medicamento para tratar su afección, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar dicha afección. Esto se denomina uso fuera de lo indicado en la etiqueta. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado en la etiqueta.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se mencionan a continuación no cuentan con la cobertura de Medicare ni de Medicaid.

- Medicamentos para estimular la fertilidad.
- Medicamentos con fines cosméticos o para estimular el 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, la pérdida de peso o para recuperar peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica dichos medicamentos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle los servicios.

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

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de 3 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos, o medicamentos 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. Este es el nivel más alto.

Para averiguar en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Capítulo 6, Sección C, *Usted no paga nada por un suministro de un mes o de largo plazo de medicamentos* explica cuánto paga por los medicamentos en cada nivel.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## C. Límites sobre ciertos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Por lo general, nuestras reglas le animan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, los planes esperan que su proveedor utilice el medicamento de menor costo.

**Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que seguir algunos pasos adicionales para que nosotros podamos cubrir el medicamento.** Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos o no estar de acuerdo en cuanto a si permitirle usar el medicamento sin seguir pasos adicionales.

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6, *Medicamentos de la Parte D*.

### 1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y cuesta menos. Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.

- Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya disponible una versión genérica.
- No obstante, si su proveedor nos ha comentado que el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará en usted, o ha marcado su receta como “Sin sustituciones” en el caso de un medicamento de marca, o nos ha comentado que la razón médica por la que ni el medicamento de marca ni el genérico u otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionarán en usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

### 2. Obtener aprobación anticipada del plan

Para algunos medicamentos, usted o su doctor deben obtener una aprobación de CareSource MyCare Ohio antes de hacer surtir la receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que CareSource Advantage no cubra el medicamento.

### 3. Probar primero un medicamento diferente

Por lo general, es preferencia del plan que usted adquiera medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, el plan puede solicitarle que usted pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

#### 4. Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede recibir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que hace surtir la receta.

Para averiguar si cualquiera de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Afiliados o consulte nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare)

---

## D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero algunas veces un medicamento puede no estar cubierto en la forma en que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos. Una versión genérica del medicamento podría estar cubierta pero la versión de marca que desea tomar no lo está. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas adicionales o límites para la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o quien realiza la prescripción tal vez desea solicitarnos una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que lo estuviera.

### D1. Cómo obtener un suministro temporario

En algunos casos, el plan puede ofrecer un suministro temporario de un medicamento cuando este no figure en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
  - ya no está en la Lista de medicamentos del plan, o
  - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan, o
  - ahora está limitado de alguna manera.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



2. Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- Estuvo en el plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
  - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
  - Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicación. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades de una vez para impedir el desaprovechamiento.
- Es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan**.
  - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
  - Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades de una vez para impedir el desaprovechamiento.
- Ha estado en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.
  - Los afiliados en un centro de atención a largo plazo reciben un suministro para hasta 31 días, salvo que el afiliado presente una receta para menos de 31 días, y tengan derecho a resurtidos durante el período de transición. El período de transición son los primeros 90 días en el plan, a partir de la 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 y otros hogares de



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

grupos no especializados no son ubicaciones institucionales aprobadas y no califican para los lineamientos de transición de atención médica a largo plazo.

- Para solicitar un suministro temporario de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que sea adecuado para usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.

○

- Puede pedir que se haga una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedir que el plan cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor sostiene que usted tiene una buena justificación médica para una excepción, dicho proveedor puede ayudarle a pedir la excepción.

Si un medicamento que usted está tomando se quitara de la Lista de medicamentos o se limitara de alguna manera durante el próximo año, nosotros le permitiremos solicitar una excepción antes del año próximo.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Entonces puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento en la forma que desea que sea cubierto para el año próximo.
- Nosotros responderemos su solicitud para una excepción dentro de las 72 horas siguientes al momento en que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que emite las recetas).

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6, *Medicamentos de la Parte D*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención médica.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero es posible que CareSource MyCare Ohio agregue o quite medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no una aprobación previa para un medicamento. (Una Aprobación previa es un permiso de CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

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

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga a la venta un nuevo medicamento más económico, pero tan efectivo como el medicamento que ya está en la Lista de medicamentos; o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro; o
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información acerca de qué sucede cuando la Lista de medicamentos se modifica, usted puede:

- Consultar la Lista de medicamentos actualizada de CareSource MyCare Ohio en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare); o
- Comunicarse con Servicios para Afiliados para consultar la Lista de medicamentos actual llamando al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Sale a la venta un nuevo medicamento genérico.** En ocasiones, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que es tan efectivo como el medicamento de marca que figura en la Lista de medicamentos actualmente. En estos casos, podemos retirar el medicamento de marca de la lista y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento no se modificará.

Cuando incorporamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la lista, pero cambiaremos sus reglas o limitaciones de cobertura.

- Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a dichos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información acerca de las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) advierte que un medicamento que usted toma no es seguro, o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo retiraremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando dicho medicamento, se lo informaremos. Su proveedor también tendrá conocimiento acerca de este cambio. El proveedor puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

**Podemos efectuar otros cambios que incidan en los medicamentos que usted toma.** Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Se podrían aplicar estos cambios si:

- La FDA brinda nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
  - Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos; **o**
  - Cambiamos las limitaciones o las reglas de cobertura del medicamento de marca.

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio a la Lista de medicamentos; **o**
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted solicite el resurtido de su receta.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Este proveedor de atención médica le ayudará a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar; **o**
- Si debiese solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6, *Medicamentos de la Parte D*.

**Podemos efectuar cambios que no incidan en los medicamentos que usted toma.** En cuanto a esos cambios, si está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos o limitamos el uso de un medicamento que usted está tomando, entonces el cambio no afectará el uso de dicho medicamento por el resto del año.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

### F1. Si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Usted no tendrá que pagar un copago. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas las reglas de cobertura.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como una residencia geriátrica) cuenta con su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no fuese el caso, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.

### F3. Si usted está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos ya sea por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, laxante, para el dolor o para la ansiedad, que no está cubierto por su programa de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso de la persona que receta o del proveedor de cuidados paliativos acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar cualquier demora a la hora de conseguir un medicamento que no esté relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor del hospicio o a la persona que receta que se asegure de que hayamos sido notificados que el medicamento no tiene relación antes de que usted le solicite a la farmacia que surta su receta.

Si deja el programa de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para impedir demoras en una farmacia cuando termina su beneficio del programa de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el programa de cuidados paliativos. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le hablan sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información acerca del beneficio del programa de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4, Sección F, *Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio*.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

Cada vez que hace surtir una receta médica, intentamos detectar posibles problemas, tales como errores en los medicamentos, o medicamentos que:

- Podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Podrían no ser seguros o apropiados para su edad o sexo.
- Podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo.
- Tengan ingredientes a los que es o puede ser alérgico/a.
- Tenga cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor.

Si observamos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Si toma medicamentos para afecciones médicas diferentes, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un programa de gestión de terapia medicamentosa (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a ellos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos de venta con receta y -de- venta libre

Usted recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos consigo si va al hospital o a una sala de emergencias.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Los programas de gestión de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que califican. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente le inscribiremos en dicho programa y le enviaremos la información. Si usted no desea participar en el programa, por favor infórmenos y le sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención.

### **G3. Programa para el manejo de medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides en forma segura**

CareSource MyCare Ohio cuenta con un programa que puede ayudar a los afiliados a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se suele abusar. Este programa se llama Programa para el manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opioides que recibe de muchos médicos o farmacias, nosotros podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso es adecuado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted corre riesgo de usar de forma indebida o abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, podríamos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de una farmacia y/o de un médico.**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que le cubrimos.

Si decidimos que se debería aplicar más de una limitación con usted, le enviaremos una carta por adelantado. Esta carta le explicará las limitaciones que pensamos que deberíamos aplicarle.

**Usted tendrá la oportunidad de decirnos a qué médicos o farmacias prefiere ver.** Si piensa que cometimos un error, está en desacuerdo con que corre riesgo de abusar de medicamentos recetados, o está en desacuerdo con las limitaciones, usted o la persona que receta pueden presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones cubiertas y apelaciones.*)

Puede que el DMP no aplique a usted si usted:

- sufre de ciertas afecciones médicas, como cáncer;
- está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados médicos para el final de la vida; o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos recetados de Medicare

---

### Introducción

Este capítulo explica sobre sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Por “medicamentos”, nos referiremos a lo siguiente:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y
- medicamentos y equipos cubiertos por Medicaid.

Debido a que usted es elegible para Medicaid, obtiene la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

**Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Al programa Ayuda Adicional también se lo denomina "subsidio de bajos ingresos", o "LIS".

Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Para obtener más información acerca de los medicamentos recetados, puede consultar en estos lugares:

- La *Lista de medicamentos cubiertos del plan*.
  - La denominamos “Lista de medicamentos”. Le indica:
    - Qué medicamentos paga el plan.
    - En cuál de los tres (3) niveles se encuentra cada medicamento.
    - Si existe algún límite en los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del afiliado*.
  - El Capítulo 5 explica cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través del plan.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



- Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de las farmacias de la red. Puede obtener más información acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, *Cómo surtir sus recetas*.

## Índice

A. La <i>Explicación de los beneficios</i> (EOB).....	114
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....	114
C. Usted no paga nada por un suministro para un mes o de largo plazo de medicamentos .....	115
C1. Los niveles del plan.....	115
C2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	115
C3. Lo que usted paga.....	115
D. Vacunas .....	116
D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna.....	117



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## A. Explicación de los beneficios (EOB)

Nuestro plan mantiene un registro de sus medicamentos recetados. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **costos de los gastos personales**. Este es el importe que usted, u otros en su lugar, paga por sus recetas.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el importe que usted, u otros en su lugar, pagan por sus recetas, además de la cantidad que paga el plan.

Cuando obtiene sus medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un informe denominado la *Explicación de los beneficios*. La denominamos de forma abreviada EOB (por sus siglas en inglés). La EOB incluye:

- **Información para el mes**. El informe indica los medicamentos recetados que usted recibió. Detalla los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan, cuánto pagó usted y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del “Año hasta la fecha”**. Este es el costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

---

## B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realice y los que Medicare realice en su nombre, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. De esta forma es como puede ayudarnos:

### 1. Utilice su tarjeta de ID de afiliado.

Muestre su tarjeta de ID de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber cuáles son las recetas médicas que le surten, cuánto paga usted y cuánto paga Medicare en su nombre.

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

Denos copias de los recibos de los medicamentos por los que usted ha pagado. Debe darnos copias de sus recibos cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su receta, consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cuándo puede solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*, para obtener información sobre qué hacer.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

### 3. Revise los informes escritos que le enviamos.

Cuando reciba una *Explicación de los beneficios* por correo, asegúrese de que sea correcta y que esté completa. Si considera que algo no está correcto o falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de conservar estos reportes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

---

## C. Usted no paga nada por un suministro para un mes o de largo plazo de medicamentos

Con CareSource MyCare Ohio, usted no paga nada por los medicamentos recetados siempre que siga las reglas del plan.

### C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos en los que están los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los tres (3) niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos recetados y de venta libre (Over-the-counter, OTC) incluidos en la Lista de medicamentos de CareSource MyCare Ohio. Para determinar a qué nivel pertenecen sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 incluyen a los medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 2 incluyen a los medicamentos de marca.
- Los medicamentos del Nivel 3 incluyen los medicamentos cubiertos por Medicaid.

### C2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A, *Cómo surtir sus recetas* o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

### C3. Lo que usted paga

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



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

*No todos los medicamentos califican para un suministro de 90 días	<b>Una farmacia de la red</b>  Un suministro de un mes o de hasta 90 días	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b>  Un suministro de un mes o de hasta 90 días	<b>Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red</b>  Suministro de hasta 31 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b>  Un suministro de hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, <i>Cómo surtir sus recetas</i> para obtener más detalles.
<b>Nivel 1</b>  (Medicamentos genéricos de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2</b>  (Medicamentos de marca de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 3</b>  (Medicamentos cubiertos por Medicaid)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información acerca de qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

## D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Existen dos partes para nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí misma**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, usted a veces puede recibir la vacuna como una inyección realizada por su médico.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Afiliados siempre que esté pensando en recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus propios costos usando los servicios de los proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con CareSource MyCare Ohio para garantizar que usted no tenga ningún costo inicial por una vacuna de la Parte D.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.

---

### Introducción

Este capítulo le explica cómo enviarnos una factura para solicitar un pago y cuándo hacerlo. También le indica cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

### Índice

A. Pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	119
B. Cómo evitar inconvenientes de pago .....	120



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## A. Pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

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

**Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, llame a Servicios para Afiliados o envíenos la factura.** Para enviar una factura, consulte la página 120.

- Si todavía no ha pagado la factura, pagaremos al proveedor directamente si los servicios o los medicamentos están cubiertos y si siguió todas las reglas del *Manual del afiliado*.
- Si pagó la factura, los servicios o medicamentos están cubiertos y siguió todas las reglas del *Manual del afiliado*, es su derecho obtener un pago.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le informaremos.

Comuníquese con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, enumeramos ejemplos sobre cuándo podría tener que solicitar que nuestro plan lo ayude con un pago que realizó o una factura que recibió:

### 1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red

Siempre debe informar al proveedor que está afiliado a CareSource MyCare Ohio y pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, puede solicitar que le reembolsen la suma total. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted piensa que no debe hacer. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.
  - Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya le ha pagado por el servicio, trabajaremos con el proveedor para reembolsarle su pago.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan los servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de afiliado a CareSource MyCare Ohio al obtener servicios o recetas. La facturación incorrecta/inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicio para Afiliados si recibe facturas.**



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Como CareSource MyCare Ohio paga el costo completo de los servicios, usted no es responsable del pago de los costos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- No permitimos que los proveedores agreguen cargos separados adicionales que se denominan “facturación del saldo”. Esto es así, incluso si le pagáramos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si decidimos no pagar por algunos cargos, usted no tiene que pagarlos.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya realizado. Trabajaremos con el proveedor para reembolsarle la suma que pagó por los servicios cubiertos.

### 3. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta en un caso de emergencia

- Nosotros cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones de emergencia. Consulte la Sección H del Capítulo 3, *Cómo cubrir servicios ante una emergencia médica o necesidad de atención urgente*, para obtener la descripción de situaciones de emergencia en las que podría usarse 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.

Siempre puede comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p. m. o al administrador de atención al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si se le solicita que pague los servicios, obtenga una factura o si tiene preguntas. Puede usar el formulario de la página 202 o solicitar a Servicios para Afiliados que le envíe un formulario si desea enviarnos la información sobre la factura. También puede enviar la información a través de nuestro sitio web <https://www.caresource.com/oh/members/tools-resources/grievance-appeal/mycare/>.

---

## B. Cómo evitar inconvenientes de pago

### 1. Siempre pregunte al proveedor si el servicio está cubierto por CareSource MyCare Ohio.

Excepto en el caso de una emergencia o una situación urgente, no acepte pagar un servicio a menos que haya pedido una decisión de cobertura de CareSource MyCare Ohio (consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*), haya recibido una decisión final de no cobertura del servicio y haya decidido que igual desea el servicio a pesar de que el plan no lo cubre.

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

- Las excepciones a esta regla son las siguientes:



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



- si necesita servicios de emergencia o urgencia fuera de la red, o
- si recibe servicios en Centros de salud calificados a nivel federal, Clínicas de salud rurales y proveedores de planificación familiar que figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, pídale que haga la factura a CareSource MyCare Ohio.
  - Si el proveedor fuera de la red está aprobado por CareSource MyCare Ohio, usted no debe pagar nada.
  - Si el proveedor fuera de la red no factura a CareSource MyCare Ohio y usted paga el servicio, llame a Servicios para Afiliados tan pronto como sea posible para informarnos.
- Recuerde que, en la mayoría de los casos, debe obtener la aprobación del plan antes de que pueda consultar a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que necesite atención de emergencia o urgencia, esté en el período de transición de la atención o el proveedor no requiera la previa aprobación que se indicó antes, es posible que no paguemos por los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre su período de transición de la atención, si necesita aprobación para visitar a un determinado proveedor o necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios para Afiliados.

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

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 (LTSS), para obtener más información sobre las reglas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y otros servicios. Consulte el Capítulo 5, Sección A, *Cómo surtir sus recetas*, para conocer las reglas para obtener los medicamentos ambulatorios con receta.

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

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios para Afiliados para solicitar una copia o consultar la información más actualizada en línea en [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

### 5. Siempre lleve consigo la tarjeta de identificación (ID) de afiliado y muéstrésela a su proveedor o farmacia cuando reciba atención.

Si olvidó su tarjeta de identificación de afiliado, pídale al proveedor que visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare) o que llame al 1-800-488-0134. Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Afiliados de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

En este capítulo, encontrará los avisos legales que aplican a su afiliación a CareSource MyCare Ohio y sus derechos y responsabilidades como afiliado al plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

### Índice

A. Avisos legales .....	124
A1. Avisos sobre las leyes .....	124
A2. Aviso sobre no discriminación .....	124
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario .....	124
B. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades.....	124
C. Nuestra responsabilidad de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos .....	125
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) .....	126
D1. Cómo protegemos su PHI .....	127
D2. Tiene derecho a consultar su historia clínica .....	127
E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos .....	133
F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente.....	134
G. Su derecho a obtener cobertura de Medicare y de la Parte D de Medicare Original u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio.....	134
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	135
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	135
H2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo .....	136
H3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas .....	140



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- I. Su derecho a presentar reclamaciones y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado ..... 140
  - I1. Qué debe hacer si cree que no está recibiendo un tratamiento justo o si desea más información sobre sus derechos ..... 141
- J. Sus responsabilidades como afiliado al plan ..... 141



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## A. Avisos legales

### A1. Avisos sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican a este *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid y leyes estatales sobre el programa de Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

### A2. Aviso sobre no discriminación

Cada empresa o agencia que trabaja con Medicare y Medicaid debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. No discriminamos ni lo tratamos diferente por la edad, reclamaciones anteriores, color, etnia, evidencia de seguro, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, salud mental, historia clínica, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o tratamiento injusto:

- Llame al Departamento de Servicios Médicos y Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local al 1-888-278-7101.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene alguna reclamación, por ejemplo, un problema con un acceso para silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

### A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, otra persona debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización de los trabajadores deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal.

---

## B. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Cada año que permanezca en nuestro plan, debemos informarle de sus beneficios y derechos, de manera que pueda entenderlos.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Nuestro plan también puede darle recursos en otros idiomas además del inglés y en otros formatos, como letras grandes, en Braille o en audio. Algunos materiales escritos están disponibles en español. Para solicitar materiales en un formato alternativo o en otro idioma que no sea el inglés, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una reclamación, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

#### Español:

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

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Afiliados.
- Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede darle materiales en idiomas que no son el inglés y en formatos como letras grandes, en Braille o en audio.
  - Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una reclamación, 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 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

---

## C. Nuestra responsabilidad de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado a nuestro plan:

- Tiene el derecho de recibir todos los servicios que CareSource MyCare Ohio debe proveer y de elegir al proveedor que le ofrezca la atención cuando sea posible y adecuado.
- Tiene derecho a estar seguro de que otras personas no pueden escuchar ni presenciar el momento en que recibe atención médica.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre la elección de un PCP en el Capítulo 3, Sección D, *Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*.
  - Llame a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a visitar a un especialista en salud de la mujer de la red para recibir servicios médicos para la mujer cubiertos sin obtener una derivación. Una derivación es la aprobación del PCP para que consulte con alguien que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de parte de los especialistas.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia sin autorización previa.
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D, *Atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*.

Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar por atención fuera de la red. El Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, explica lo que puede hacer si considera que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. El Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, también explica lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

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

Protegemos su información médica personal (PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otro tipo de información médica y de salud.
- Tiene derecho a que se le garantice el manejo confidencial de la información con respecto a sus diagnósticos, tratamientos, pronósticos y antecedentes médicos y sociales.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se usa su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que informa sobre tales derechos. El aviso por escrito se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

## D1. Cómo protegemos su PHI

Tiene derecho a ser informado sobre su salud. Esta información también puede estar a disposición de la persona a quien usted haya designado legalmente para conservar dicha información o con la que haya que contactarse en el caso de una emergencia, cuando se considere que brindársela a usted no es lo mejor para su salud.

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver o modificar sus registros.

En la mayoría de las situaciones, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por esta. Si lo hacemos, se nos exige obtener primero un permiso por escrito de su parte. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por la persona a quien usted le haya otorgado un poder para tomar decisiones en su nombre.

Existen algunas excepciones en las que no estamos obligados a obtener su permiso por escrito primero. Dichas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
- Estamos obligados a darle su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con propósitos de investigación u otros, se hará según las leyes federales.

## D2. Tiene derecho a consultar su historia clínica

Tiene derecho a consultar su historia clínica y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrar una tarifa por hacer una copia de su historia clínica si no tiene como objetivo transferir los registros a un nuevo proveedor.

También tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos lo pide, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben efectuar.

Tiene derecho a saber si su PHI se ha compartido con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Afiliados.

### Prácticas de privacidad

**Este aviso describe cómo se usa y comparte su información médica. También le indica cómo puede obtener esta información.** Revíselo en detalle. En este aviso, nos referiremos a nosotros simplemente como “CareSource”.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Sus derechos

### En lo que se refiere a la información médica, tiene determinados 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 otro tipo de información médica sobre usted que tengamos. Pregúntenos 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.

Solicitar que corrijamos sus registros médicos y de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si considera que son erróneos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar nos comunicaciones privadas

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica; por ejemplo, a través del teléfono particular o de la oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar si nos indica que sería peligroso no hacerlo.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para fines de atención, pagos o nuestras actividades.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Podemos rechazar su solicitud si afectara su atención o por otros motivos.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido la información

- 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 que solicita. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas sobre lo siguiente:
  - la atención;
  - el (los) pago(s);
  - operaciones de atención médica, y
  - algunas otras divulgaciones (por ejemplo, alguna que nos haya solicitado hacer).
- Le daremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa rápidamente.

### Otorgar a CareSource consentimiento para hablar con alguien en su nombre

- 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 compartirá 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 llevemos a cabo alguna acción. Nos encargaremos de esto antes de realizar alguna acción.

### Presentar una reclamación si siente que se violan sus derechos

- Puede contactarnos para presentar una reclamación si siente que violamos sus derechos. Use la información adicional al final de este aviso.
- Puede presentar una reclamación ante 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) del siguiente modo: Puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una reclamación. No podemos exigirle que no haga uso de su derecho de presentar una reclamación como condición para lo siguiente:
  - la atención;
  - el pago;
  - la inscripción en un plan de salud, o
  - la elegibilidad para los beneficios.

### Sus opciones

Para determinada información médica, puede indicarnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si tiene una opción clara respecto de cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos. Seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- que compartamos la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención;
- que compartamos información en una situación de ayuda humanitaria.

*Si no es capaz de indicarnos su opción, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información. Podríamos compartirla si creemos que sería un beneficio para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**En estos casos, generalmente, no podremos compartir su información, a menos que nos otorgue su consentimiento por escrito:**

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Divulgación de apuntes de psicoterapia

### **Consentimiento para compartir la información médica**

CareSource comparte su información médica, lo cual incluye información médica sensible (SHI). La SHI puede incluir información relacionada con el tratamiento contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para la salud. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Esta información se comparte con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. También se comparte con los Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que CareSource tiene acerca de los afiliados. Tiene derecho a informar a CareSource que no desea compartir su información médica (incluida la SHI). Si no desea que su información médica (incluida la SHI) se comparta, no se compartirá con los proveedores para manejar la atención y el tratamiento o ayudarlo con los beneficios. Se compartirá con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Si no autoriza la divulgación, los proveedores involucrados en su tratamiento no podrán brindarle la misma atención de alta calidad que recibiría si diera su permiso.

### **Otros usos y divulgaciones**

**¿Cómo usamos o compartimos por lo general su información médica?** Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarlo a recibir tratamiento médico

- Podemos usar su información médica y compartirla con los expertos que lo están tratando.
  - **Ejemplo:** *Podríamos acordar más atención para usted según la información que nos envió el médico.*

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información para administrar nuestra compañía y comunicarnos con usted. La emplearemos para comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar información genética para decidir si le daremos cobertura. No podemos usarla para decidir el precio de la cobertura.
  - **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 grupos externos para que nos puedan ayudar con nuestras operaciones. Dichas organizaciones externas incluyen abogados, contadores, asesores y otros. Nosotros también les exigimos que mantengan su información médica de manera confidencial.*



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

### Para pagar por su atención médica

- Podemos usar y divulgar su información médica al pagar por su atención médica.
  - **Ejemplo:** *Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.*

**¿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 con el 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 determinados motivos. Por ejemplo:
  - 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 médica para investigaciones de salud. Podemos hacer esto en la medida en que se cumplan determinadas reglas de privacidad.

### Para cumplir con las leyes

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Service) desea asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

### Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.

- Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.

### Para trabajar con el médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir la información médica con un médico forense, médico legista o director de funeraria cuando una persona fallece.

### Para cumplir con la indemnización de 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.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- 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 un tribunal o administrativa o en respuesta a una orden judicial.

También podemos recopilar información no identificable que no pueda rastrearse hasta usted.

### **Nuestras responsabilidades**

- Protegemos la información médica de nuestros afiliados de muchas formas. Esto incluye la información escrita, verbal o disponible en línea a través de una computadora.
  - Los empleados de CareSource están capacitados para proteger la información de los afiliados.
  - 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 aseguraremos de que solo los empleados que tengan un motivo comercial para acceder a la información puedan usarla y compartirla.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Debemos entregarle una copia de este aviso.
- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.
- 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 que aquí se menciona, a menos que nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, consulte:

[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 vigor y cambios en los términos de este aviso**

El aviso original entró en vigor el 14 de abril de 2003 y esta versión entró en vigor el 18 de junio de 2018. Debemos cumplir los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigor. Si fuese necesario, podemos cambiar el aviso. El nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservamos. Si esto ocurre, el nuevo aviso estará disponible a pedido. También se publicará en nuestro sitio web. Puede pedir una copia en papel de nuestro aviso en cualquier momento enviando una solicitud por correo al funcionario de privacidad de CareSource.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Puede comunicarse con el funcionario de privacidad de CareSource de las siguientes maneras:**

Correo: CareSource

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 8738

Dayton, OH 45401-8738

Correo electrónico: [HIPAAPrivacyOfficer@caresource.com](mailto:HIPAAPrivacyOfficer@caresource.com)

Teléfono: 1-855-475-3163, ext. 12023 (TTY: 1-800-750-0750 o 711)

Abrimos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

---

## **E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como afiliado de CareSource MyCare Ohio, usted tiene derecho a recibir distinto tipo de información de nuestra parte. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8:00 p. m. Este es un servicio gratuito. Algunos recursos escritos están disponibles en español. Podemos darle información en letras grandes, Braille o audio.

Si desea obtener información sobre alguno de los siguientes puntos, llame a Servicios para Afiliados:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, lo que incluye, entre otras cosas:
  - Información financiera.
  - Cómo calificaron el plan los afiliados.
  - El número de apelaciones hechas por los afiliados.
  - Cómo abandonar el plan.
- Los proveedores y farmacias de la red, lo que incluye:
  - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria (PCP). Puede cambiar de PCP a otro de la red una vez por mes, como máximo. Debemos enviarle un documento por escrito en el que se le informa quién es su nuevo PCP y la fecha en que comenzó el cambio.
  - Las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- Para consultar una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).
- Información sobre los servicios y medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir, lo que incluye:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
  - Límites para su cobertura y medicamentos.
  - Reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer sobre eso, lo que incluye pedimos lo siguiente:
  - Explicar por escrito por qué algo no está cubierto.
  - Cambiar una decisión que hayamos tomado.
  - Pagar una factura.

---

## F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague por los servicios cubiertos. Tampoco le pueden cobrar si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobra. Consulte el Capítulo 7, Sección A, *Solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos*, para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

---

## G. Su derecho a obtener cobertura de Medicare y de la Parte D de Medicare Original u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio

- Tiene derecho a obtener sus servicios de atención médica de Medicare por medio de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección B, *Cómo cambiar o terminar la afiliación al plan* para obtener información sobre cuándo puede afiliarse a un nuevo plan Medicare Advantage o plan de beneficios de medicamentos con receta.
- Debe seguir recibiendo los servicios de Medicare de un plan MyCare Ohio.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

Si desea hacer un cambio, puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.

---

## H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

Tiene derecho a obtener información detallada de parte de sus doctores y demás proveedores de atención médica cuando usted recibe atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que sea comprensible para usted. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones** y que se le informe acerca de todos los tipos de tratamiento, proporcionados de manera adecuada para su afección y capacidad de comprensión.
- **Conocer los riesgos** y que se le informe sobre todos los riesgos implicados.
  - Usted debe ser informado con anticipación si cierta atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación.
  - Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Recibir una segunda opinión** de otro proveedor calificado de la red antes de decidir el tratamiento.
  - Si un proveedor calificado no puede atenderle, nosotros deberemos coordinarle una visita con un proveedor que no forme parte de nuestra red, sin costo para usted.
- **Negarse** y rechazar el tratamiento o la terapia.
  - Esto incluye el derecho de:
    - irse del hospital u otra instalación médica, incluso si el médico recomienda lo contrario.
    - dejar de tomar un medicamento.
  - Si se niega al tratamiento, a la terapia o a tomar los medicamentos, el médico o CareSource MyCare Ohio deben hablar con usted acerca de lo que podría suceder y deben incluir una nota al respecto en su expediente médico.
  - Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, será apartado del plan.
  - No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamento, asume toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- **Solicitarnos que expliquemos por qué un proveedor negó la atención** y recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que cree que debería recibir.
- **Solicitarnos cubrir un servicio un medicamento que se negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina una decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones* le explica cómo solicitarle una decisión de cobertura al plan.
- **Conocer las funciones específicas de los estudiantes** y negarse a recibir tratamiento de uno de ellos.

## **H2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo**

Las personas con frecuencia se preocupan por la atención médica que obtendrían si están demasiado enfermas para dar a conocer su voluntad.

Algunos preferirían no pasar meses ni años conectados a equipos de soporte vital. Otras pueden desear que se tomen todas las medidas posibles para prolongarles la vida.

Puede declarar sus deseos de atención por escrito mientras tenga salud y pueda elegir. Su centro de 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.

**Este documento explica sus derechos de conformidad con la ley de Ohio respecto de aceptar o rechazar la atención médica. El documento también explica cómo puede indicar su voluntad acerca de la atención que desea recibir, en el caso en que no pueda elegir por sí mismo. Este documento no contiene asesoría legal, pero lo ayudará a comprender sus derechos ante la ley.**

### **¿Qué derechos tengo a elegir mi 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 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 qué tipo de atención desean. De conformidad con las leyes 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.

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

Según las leyes 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



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



salud mental. Complete una directiva anticipada, mientras sea capaz de actuar por sí mismo. La directiva anticipada le permite a su médico y a otros saber su voluntad sobre la atención médica.

### **¿Tengo que llenar una directiva anticipada antes de obtener atención médica?**

No. Nadie puede obligarlo a completar una directiva anticipada. Usted decide si desea completarla.

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

Cualquier persona de 18 años o más, que esté en su sano juicio y pueda tomar sus propias decisiones, puede completar una directiva anticipada.

### **¿Necesito un abogado?**

No, usted no necesita un abogado para completar una directiva anticipada.

### **¿Las personas que me brindan la atención médica tienen que cumplir mi voluntad?**

Sí, si su voluntad cumple con las leyes estatales. No obstante, una persona que brinda atención médica puede no ser capaz de cumplir su voluntad, dado que va 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:

- En un estado de coma que no se espera que se revierta, O
- Más allá de toda ayuda médica, sin esperanzas de mejoría y no puede expresar sus deseos; O
- 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 (Do Not Resuscitate, 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 en caso de 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 es solo sobre un poder para la atención médica, no trata sobre otros tipos de poderes. Un poder para la atención médica le



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

permite elegir a una persona para llevar a cabo su voluntad en cuanto a su atención médica. La persona actúa por usted en el caso en que usted no pueda actuar por sí mismo. Esto podría ser por un período breve o extendido.

- ¿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 entra en vigor solo cuando no puede elegir su atención por usted mismo. Este permite que su familiar o amigo detenga el apoyo vital solo 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 brinda una atención más específica 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 en cuanto al uso de métodos de apoyo vital si no puede hacer conocer sus deseos. 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 tengo un poder permanente para la atención médica, ¿también necesito un testamento vital?**

Es posible que desee tener ambos. Cada uno atiende diferentes aspectos de su atención médica.

### **¿Puedo cambiar mi directiva anticipada?**

Sí, puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento. Es una buena idea revisar sus directivas 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?**

Las leyes de Ohio permiten que su pariente más cercano elija su atención médica si se espera que usted muera y no puede actuar por sí mismo.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

### ¿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)

### ¿Qué hago con mis formularios una vez completados?

Debe entregarles copias a su médico y al centro de atención médica para incluirlos en su registro médico. Entregue 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 decirle a su familia o amigos lo que ha hecho. No deje estos formularios aparte y se olvide de ellos.

### Donación de órganos y tejidos

Los habitantes de Ohio eligen si quieren que sus órganos y tejidos se donen a otras personas en caso de fallecimiento. Al dar a conocer su 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 ya 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 declarar sus deseos de donación de órganos y/o tejidos al obtener o renovar su licencia de conducir o identificación estatal de Ohio, O
2. Puede registrarse en línea para la donación de órganos a través del sitio web del Registro de donantes de Ohio (Ohio Donor Registry): [www.donatelifehio.org](http://www.donatelifehio.org)

En ocasiones, las personas no son capaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que esto ocurra, usted puede:

- Complete un formulario por escrito para **otorgarle a una persona el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Proporcioneles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de la manera en que desea que se maneje su atención médica en caso de que no pueda tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus indicaciones se denomina directiva anticipada. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, cada uno de los cuales tiene un nombre distinto. Los ejemplos son el testamento vital y el poder para la atención médica.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

No es necesario que use una directiva anticipada, pero puede hacerlo si así quisiera. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid, agencias de salud comunitarias o grupos legales, también podrían tener disponible los formularios de directiva anticipada. Los formularios también se encuentran disponibles en el siguiente sitio web: <http://www.proseniors.org/advance-directives/>.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar recibir ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesiten conocer este dato.** Debe entregarle una copia del formulario al médico. También debe entregarle una copia a la persona que usted designa para que tome decisiones en su nombre. Es posible que desee entregarle copias a los amigos cercanos o a sus familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si sabe con anticipación que va a ser internado y cuenta con directivas anticipadas firmadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

Si se le admite en el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene en su poder.

Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital cuenta con formularios a su disposición y se le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección completar un formulario de directivas anticipadas.

### H3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas

Si usted firmó un formulario de directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones detalladas en dicho formulario, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud de Ohio, llamando al 1-800-342-0553 o enviando un correo electrónico a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).

---

## I. Tiene derecho a presentar reclamaciones y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

El Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones* le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica cubierta o servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una reclamación. También le enviaremos un aviso cuando pueda hacer una apelación directamente a la Oficina de Audiencias Estatales (Bureau of State Hearings) del Departamento de Trabajo y Servicios Sociales de Ohio.

Tiene derecho a recibir información acerca de las apelaciones y las reclamaciones que otros afiliados han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Afiliados.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## I1. Qué debe hacer si cree que no está recibiendo un tratamiento justo o si desea más información sobre sus derechos

Es libre de ejercer todos sus derechos y debe saber que CareSource MyCare Ohio, nuestra red de proveedores, Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán ninguna medida en su contra.

Si cree que recibió un trato injusto y **no** es por discriminación debido a los motivos enumerados en la página 124 o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios para Afiliados.
- La Línea directa 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 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, en el sitio web de Medicare en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
- Al Ómbudsman de MyCare Ohio en la Oficina del Ómbudsman de Atención a Largo Plazo Estatal al 1-800-282-1206, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte el Capítulo 2, Sección H, *Cómo comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio*, para conocer más sobre esta organización.

---

## J. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados

- **Lea el *Manual del afiliado*** para conocer qué tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4, Sección B, *Reglas para obtener la atención médica, para acceder a los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan* y sección D, *Tabla de beneficios*, respectivamente. Dichos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6, Sección B, *Lista de medicamentos del plan* y Sección C, *No paga por un suministro de medicamentos mensual o a largo plazo*, respectivamente.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- **Infórmenos sobre otra cobertura de salud o medicamento con receta** que tenga. Estamos obligados a asegurarnos de que usemos todas las opciones de cobertura al brindarle atención médica. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores** de atención médica que está inscripto en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado al obtener servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Comparta la información médica importante que necesiten sobre usted y su salud. Obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas por usted y sus proveedores.
  - Asegúrese de que sus doctores y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para casi todos los miembros de CareSource MyCare Ohio, Medicaid paga las primas de Parte A y Parte B. Si usted paga su prima de la Parte A y/o Parte B, y piensa que Medicaid debería haber pagado, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado y solicite ayuda.
  - **Si obtiene servicios o medicamentos que no están cubiertos por el plan, quizás deba pagar el servicio o el medicamento.**
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección 4, *Decisiones de cobertura y apelaciones* para saber cómo presentar una apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- **Avísenos si se muda.** Si está planeando mudarse, es importante que nos dé aviso de inmediato. Llame a Servicios para Afiliados
  - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir en este plan.** Solo quienes viven en nuestra área de servicio pueden recibir CareSource MyCare Ohio. El Capítulo 1, Sección D, *Área de servicio de CareSource MyCare Ohio* le explica nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a saber si el lugar al que se mudará está fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos hacerle saber si tenemos un plan en su nueva área.
  - Además, asegúrese de que Medicare y Medicaid estén al tanto de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, sección F, *Cómo contactarse con Medicare* y Sección G, *Cómo contactarse con el Departamento de Ohio de Medicaid* para obtener los números telefónicos de Medicare y Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos tener su expediente de afiliación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted. Debe notificar también a su asistente social del condado al Departamento de Trabajo y Servicios Sociales.
- Llame a Servicios para Afiliados si tiene dudas o inquietudes.
- **Denuncie cualquier sospecha de fraude, malversación y abuso con los mecanismos proporcionados en este manual.** CareSource cuenta con un programa diseñado para manejar los casos de fraude en la atención médica administrada. El fraude puede perpetrarse por los proveedores o los afiliados. Monitoreamos y emprendemos acciones contra cualquier proveedor o afiliado que cometa fraude, malversación y abuso. Algunos ejemplos son:
  - Fraude, malversación y abuso de parte de un proveedor.
    - Recetar medicamentos, equipo o servicios que no se consideren médicamente necesarios.
    - Programar visitas con mayor frecuencia que las médicamente necesarias.
    - Facturar pruebas o servicios no realizados.
    - Facturar servicios más costosos que los proporcionados.
  - Fraudes, malversación y abuso de parte de un afiliado.
    - Compartir o usar de forma indebida su tarjeta de identificación de CareSource con otra persona.
    - Vender medicamentos con receta u otros equipos médicos pagados por CareSource a otras personas.



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Enviar información falsa.
- Falsificar la firma de un médico en las recetas, etc.
- Indicar síntomas falsos y otra información a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.
- Fraude, malversación y abuso de parte de una farmacia.
  - No entregar medicamentos según la receta.
  - Entregar un medicamento genérico y enviar un reclamo por un medicamento de marca más costoso.
  - Entregar una cantidad menor que la recetada sin informarle y sin entregarle el resto de la cantidad del medicamento que debería recibir.

### Si sospecha de fraude, malversación o abuso

Si considera que un médico o afiliado a CareSource está cometiendo fraude, desperdicio o abuso, puede informarnos de la siguiente manera:

- Llámenos al **1-855-475-3163** (TTY: 1-800-750-0750 o 711) y seleccione la opción del menú para denunciar un fraude. Nuestra Línea directa para denunciar fraude, malversación y abuso está disponible las 24 horas del día.
- Ingresando a nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare** y completando el Formulario de informe de fraude, malversación y abuso y enviándolo a la dirección postal que figura allí.
- Enviándonos una carta dirigida a:

CareSource

Attn: Special Investigations Unit

P.O. Box 1940

Dayton, OH 45401

No es necesario que se identifique cuando escriba o nos llame. Existen otras formas en que puede ponerse en contacto con nosotros que no son anónimas. Si no le preocupa dar su nombre, puede contactarnos a través de alguno de los siguientes medios:

Correo electrónico para denunciar fraude: [fraud@CareSource.com](mailto:fraud@CareSource.com)

Fax para denunciar fraudes: 1-800-418-0248



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



Cuando informe un caso de fraude, malversación o abuso, bríndenlos tantos detalles como sea posible, incluso nombres y números telefónicos. Puede permanecer anónimo; no obstante, en caso de hacerlo, no podremos devolverle la llamada para darle más información. Su denuncia se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### ¿Qué incluye este capítulo?

---

Este capítulo contiene información sobre sus derechos de pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o una reclamación. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una reclamación sobre su plan.
- Necesita un servicio, equipo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión que ha tomado su plan respecto a su atención.
- Usted piensa que sus servicios cubiertos terminan muy pronto.

**Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar lo que busca con facilidad.

### Si tiene un problema con sus servicios y apoyos a largo plazo o de atención médica

---

Debería recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que el médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte del plan. Sin embargo, es posible que a veces tenga problemas para recibir servicios, o es posible que no esté satisfecho con la forma en que se le prestaron los servicios o el trato que recibió. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para manejar problemas e inquietudes sobre nuestro plan, los proveedores, los servicios y el pago por ellos. **También puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para obtener ayuda con su problema.**

Para obtener más recursos para abarcar sus inquietudes y formas de contactarse, consulte el Capítulo 2, Sección H, *Cómo contactar al Ómbudsman de MyCare Ohio* para obtener más información sobre los programas de ómbudsman.

---

**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Índice

¿Qué incluye este capítulo?.....	146
Si tiene un problema con sus servicios y apoyos a largo plazo o de atención médica.....	146
Sección 1: Introducción.....	149
• Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema.....	149
• Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? .....	149
Sección 2: A dónde llamar para obtener ayuda.....	150
• Sección 2.1: Dónde obtener más información y asistencia .....	150
Sección 3: Problemas con sus beneficios .....	153
• Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una reclamación?.....	153
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones .....	154
• Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	154
• Sección 4.2: ¿Qué sección de este capítulo será de utilidad?.....	154
Sección 5: Problemas con servicios, artículos y medicamentos (medicamentos no incluidos en la Parte D). 157	
• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección.....	157
• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	159
• Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos no incluidos en la Parte D) .....	161
• Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos no incluidos en la Parte D) .....	166
• Sección 5.5: Problemas con los pagos.....	170
Sección 6: Medicamentos de la Parte D.....	173
• Sección 6.1: Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D.....	173
• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? .....	174



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Sección 6.3: Aspectos importantes que debe conocer sobre la solicitud de excepciones ..... 175
- Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción..... 176
- Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D ..... 179
- Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D ..... 181

Sección 7: Cómo pedirnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital..... 183

- Sección 7.1: Cómo conocer sus derechos de Medicare ..... 183
- Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria ..... 184
- Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria ..... 186
- Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con un plazo de la apelación? ..... 187

Sección 8: Qué debe hacer si cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (CORF) de Medicare terminan demasiado pronto..... 189

- Sección 8.1: Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura ..... 189
- Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención médica ..... 190
- Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica ..... 192
- Sección 8.4: ¿Qué ocurre si deja pasar la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1? ..... 193

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 ..... 195

- Sección 9.1: Próximos pasos para obtener artículos y servicios de Medicare..... 195
- Sección 9.2: Próximos pasos para obtener artículos y servicios de Medicare..... 195

Sección 10: Cómo presentar una reclamación ..... 196

- Sección 10.1: Reclamaciones internas..... 198
- Sección 10.2: Reclamaciones externas..... 200



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 1: Introducción

---

### • Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

### • Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?

Hay términos legales complicados para las reglas y plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, es por eso que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Usamos la menor cantidad de abreviaturas posibles.

Por ejemplo, diremos:

- "Presentar una reclamación" en lugar de "presentar una queja"
- "Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación en riesgo" o "determinación de cobertura"
- "Decisión rápida de cobertura" en lugar de "determinación acelerada"

Conocer los términos legales correctos puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 2: A dónde llamar para obtener ayuda

---

### • Sección 2.1: Dónde obtener más información y asistencia

En ocasiones, iniciar o seguir el proceso para manejar un problema puede ser confuso. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. En otros casos, es posible que no cuente con los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso. Puede contactarse con cualquiera de los siguientes recursos para obtener ayuda.

#### Cómo obtener ayuda de los Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio

Los Servicios para Afiliados pueden ayudarlo con cualquier problema o reclamación que pueda tener sobre su atención médica, medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo. Queremos ayudarlo con problemas como: comprender qué servicios están cubiertos, cómo obtener servicios, cómo encontrar un proveedor, que se le pida que pague por un servicio, solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación, o hacer una reclamación (también llamada queja). Para comunicarse con nosotros, puede:

- Llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163. TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
- Visitar nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) para enviar una pregunta, reclamación o apelación.
- Completar el formulario de apelación/reclamación de la página 202 de este capítulo o llamar a Servicios para Afiliados y solicitar que le enviemos un formulario.
- Escribanos una carta para informarnos acerca de una pregunta, un problema, una reclamación o apelación. Asegúrese de incluir nombre y apellido, el número que se encuentra al frente de la tarjeta de ID de afiliado a CareSource MyCare Ohio y su domicilio y número telefónico. También deberá enviar cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

CareSource

Attn: Member Grievances & Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-1947

#### Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio. La línea directa puede responder sus preguntas y dirigirlo al personal que le ayudará a entender qué hacer para manejar su problema. La línea directa no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en <http://www.medicaid.ohio.gov>.

## Cómo obtener ayuda del Ómbudsman de MyCare Ohio

También puede obtener ayuda del Ómbudsman de MyCare Ohio. El Ómbudsman de MyCare Ohio es un programa de ómbudsman que puede ayudarlo a resolver problemas que podría tener con nuestro plan. Le pueden ayudar a presentar una reclamación o una apelación ante nuestro plan. Consulte el Capítulo 2, Sección H, *Cómo comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio*, para conocer más sobre los programas de ómbudsman.

El Ómbudsman de MyCare Ohio es un abogado independiente (no está relacionado con compañías de seguros ni planes de atención médica). Puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede presentar una reclamación en línea en: <http://aging.ohio.gov/contact/>. Los servicios son gratuitos.

## Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con sus problemas. Aquí presentamos dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Puede visitar el sitio web de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

## Cómo obtener ayuda de otros recursos

También puede hablar con las siguientes personas sobre su problema y pedir ayuda.

- Puede hablar con su doctor u otro proveedor. Su doctor o algún otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura por usted. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor de atención primaria que haya solicitado el servicio puede presentar una Apelación de Nivel 1 en su nombre.
  - Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid o para una audiencia estatal de Medicaid, usted debe designarlo como representante por escrito.
- Puede hablar con un amigo o familiar. Un amigo o familiar puede solicitar una decisión de cobertura, una apelación o presentar una reclamación en su nombre si lo nombra como su “representante”.
  - Si desea que alguien sea su representante, llame a Servicios para Afiliados y solicite el formulario de “Designación de un representante”. También puede obtener el formulario en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web CareSource.com/MyCare. El formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Usted deberá darnos una copia del formulario firmado.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

- También aceptamos una carta u otros formulario adecuado para autorizar a su representante.
- También puede hablar con un abogado. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de la asociación local u otro servicio de referencia. Si desea información sobre cómo obtener servicios legales gratuitos, puede llamar a la asociación local o, de forma gratuita, a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio (Ohio State Legal Services Association) al 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un representante. Tenga en cuenta que **no necesita un abogado** para solicitar una decisión de cobertura ni para presentar una apelación o reclamación.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



## Sección 3: Problemas con sus beneficios

### • Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una reclamación?

Si usted tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla de abajo le ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo para problemas y reclamaciones.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?	
(Esto incluye problemas sobre si atención médica, medicamentos recetados o servicios y apoyos a largo plazo particulares en están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el rechazo por parte del plan de pagar por artículos y servicios.)	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Vaya a la <b>Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> en la página 154.</p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Continúe en la <b>Sección 10: “Cómo presentar una reclamación”</b> en la página 196.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

---

### • Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones sirve para resolver problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluyendo aquellos problemas que se relacionan con los pagos. También incluye problemas con pagos rechazados.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué es lo que está cubierto para usted y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros acerca de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le proporcione el servicio o suministre el artículo o medicamento.

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos si considera que cometimos un error. Por ejemplo: nosotros podemos decidir que un servicio, equipo o medicamento que usted desea no es médicamente necesario, no es un beneficio cubierto o Medicare o Medicaid ya no lo cubren. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

#### ¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones y apelaciones?

Si necesita ayuda, puede contactarse con cualquiera de los recursos mencionados en la Sección 2.1 de la página 150.

### • Sección 4.2: ¿Qué sección de este capítulo será de utilidad?

Existen cuatro tipos distintos de situaciones que tienen que ver con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene distintas reglas y plazos. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que necesita saber. **Solo es necesario que lea la sección que aplica a su problema:**

- **La Sección 5 en la página 157** le proporciona información si tiene problemas para obtener atención médica, servicios dentales u oftalmológicos, salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo, equipos y medicamentos recetados (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - No recibe la atención médica que desea y cree que su plan cubre esta atención.
  - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle y usted cree que esta atención médica debería estar cubierta.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- **NOTA:** Utilice la Sección 5 solo para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, que tienen un \* (medicamentos que no corresponden a la Parte D) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 173 para conocer las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D.
- Recibió atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero no pagamos por esta atención.
- Usted recibió y pagó por servicios médicos y equipos que pensó que estaban cubiertos, y desea solicitarnos que paguemos por los servicios para que su pago se reembolse.
- Se le indica que la cobertura por atención que ha estado recibiendo se reducirá, suspenderá o cancelará, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
  - **NOTA: Si la cobertura que será suspendida se trata de atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**, usted debe leer otra sección de este capítulo, ya que este tipo de atención tiene reglas especiales. Consulte las secciones 7 y 8 en las páginas 183 y 189.
- **La Sección 6 en la página 173** le brinda información si tiene problemas con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - Desea hablar con nosotros para pedirnos que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la Lista de medicamentos.
  - Desea solicitarnos que eximamos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
  - Usted desea pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación.
  - No aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otra persona que realiza la prescripción, consideran que deberíamos haberlo hecho.
  - Desea pedirnos que paguemos por un medicamento con receta que ya compró para obtener un reembolso por su pago. (Esto es solicitarnos una decisión de cobertura acerca del pago.)
- **La Sección 7 en la página 183** le ofrece información sobre cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si usted cree que su médico le ha dado el alta demasiado pronto. Use esta sección si:
  - Usted está en el hospital y piensa que el médico le dio de alta muy pronto.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- **La Sección 8 189**le proporciona información si usted cree que su atención médica en el hogar, atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (CORF) termina muy pronto.

Si no está seguro de qué sección usar, por favor llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 5: Problemas con servicios, artículos y medicamentos (medicamentos no incluidos en la Parte D)

---

### • Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por servicios de atención médica, odontológicos, oftalmológicos, de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, que incluyen medicamentos Medicare Parte B. Los medicamentos en la Lista de medicamentos con un \* (medicamentos que no son de la Parte D) no están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 6 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.

En esta sección le diremos lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas situaciones:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o a largo plazo que necesita, pero no recibe.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2 en la página 159 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. Desea que cubramos un beneficio que requiere una autorización del plan (también denominada autorización previa) antes de recibir el servicio.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2 en la página 159 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

**NOTA:** Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D *La Tabla de beneficios*, para ver una lista general de servicios cubiertos, además de información sobre qué servicios requieren autorización previa de nuestro plan. Consulte la Lista de medicamentos para consultar si hay medicamentos que requieran autorización previa. También puede ver las listas de servicios y medicamentos que requieren autorización previa en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

3. No aprobamos la atención que su médico desea darle y usted cree que deberíamos hacerlo.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección 5.3 en la página 161 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. No aprobamos su solicitud para recibir servicios de exención de una agencia no perteneciente a la red o un proveedor dirigido por el participante en particular.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Consulte la Sección 5.3 en la página 161 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

5. Recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no pagamos.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección 5.3 en la página 161 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

6. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que trabajemos con el proveedor para que le reembolse su pago.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que trabajemos con el proveedor para que le reembolse su pago. Consulte la página 170 de esta sección para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura de algún servicio o artículo y no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o artículo. Consulte la Sección 5.3 en la página 161 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si le decimos que los artículos o servicios que usted estaba autorizado a recibir se reducirán, suspenderán o interrumpirán antes de recibir todos los servicios o artículos que se aprobaron, podría seguir recibiendo los servicios y equipos durante la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 165.

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención médica en el hogar, atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility o CORF), aplican reglas especiales. Las Secciones 7 u 8 en las páginas 183 y 189 para saber más.

8. No tomamos una decisión de cobertura dentro del período establecido.

**Qué puede hacer:** Puede presentar una reclamación o una apelación. Consulte la Sección 10 en la página 196 para obtener información sobre cómo presentar una reclamación. Consulte la Sección 5.3 en la página 161 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 1.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

9. No tomamos una decisión de apelación dentro del período establecido.

**Qué puede hacer:** Puede presentar una reclamación. Consulte la Sección 10 en la página 196 para obtener información sobre cómo presentar una reclamación. Además, si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o equipo de Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la Sección 5.4 en la página 166 para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia estatal. Tenga en cuenta que si el problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, enviaremos su apelación al Nivel 2 de forma automática si no respondemos dentro del plazo establecido.



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

## • Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

### Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio, un artículo o un medicamento de Medicaid (consulte la Sección 6 para conocer sobre los Medicamentos de la Parte D de Medicare)

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba, envíenos un fax o solicite a su representante autorizado o a su médico que nos pida que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-855-475-3163 TTY: 1-800-750-0750 o 711.
- Puede enviarnos un fax al: 1-855-489-3403
- Puede escribirnos a:

CareSource

Attn: Member Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401

Recuerde que debe completar el formulario de Designación de representante para designar a alguien como su representante autorizado. También aceptamos una carta u otro formulario adecuado para autorizar a su representante. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 en la página 150.

### ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre los medicamentos con receta de Medicaid o Medicare Parte B dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre todos los demás servicios y artículos dentro de los 10 días calendario posteriores a su solicitud. Si no emitimos la decisión dentro de los 10 días calendario (o 72 horas para medicamentos con receta de Medicare Parte B), puede apelar.

Usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede suceder que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que le diremos que necesitamos tomar hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ¿Puedo obtener una decisión de cobertura con mayor rapidez?

Sí. Si necesita una respuesta con mayor rapidez por su salud, pídaenos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos de ella dentro de las 24 horas posteriores para medicamentos con receta de Medicaid o Medicare Parte B y dentro de las 48 horas para todos los demás servicios y artículos.

**El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.**

Excepto en el caso de decisiones de cobertura rápidas por medicamentos de Medicaid, su proveedor o usted pueden solicitar más tiempo, o quizás nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que le diremos que necesitamos tomar hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

### Cómo solicitar decisiones de cobertura rápidas:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la cobertura que desea.
- También puede llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o enviarnos un fax al 1-855-489-3403. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A, *Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio*.
- También puede decirle a su médico o a su representante autorizado que nos llame.

### Aquí presentamos las reglas para solicitarnos una decisión de cobertura:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, deberá cumplir dos requisitos:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita cobertura para atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No podrá obtener una decisión rápida si su solicitud es acerca del reembolso de un pago de atención médica o equipos que ya recibió).
2. Podrá obtener una decisión rápida únicamente si **los plazos estándar podrían provocar daños graves a su salud o afectar de manera negativa su capacidad de funcionamiento**. Los plazos estándar son de 72 horas para medicamentos con receta de Medicaid o Medicare Parte B y 10 días calendario para todos los demás servicios y artículos.
  - Si su médico dice que necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si puede recibir una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. Además, usaremos los plazos estándares (72 horas para medicamentos con receta de Medicaid o Medicare Parte B) para tomar la decisión.
  - En dicha carta le diremos que, si su médico solicita la decisión rápida, se la concederemos de manera automática.
  - En la carta también le informaremos que usted puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Para obtener más información acerca del proceso para presentar reclamaciones, incluso reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 en la página 196.

### **Si la decisión de cobertura es Sí, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?**

Para las decisiones de cobertura estándar, autorizaremos la cobertura dentro de las 72 horas para medicamentos con receta de Medicaid o Medicare Parte B y dentro de los 10 días calendario para todos los demás servicios y artículos. Para las decisiones de cobertura rápida, autorizaremos la cobertura dentro de las 24 horas para los medicamentos con receta de Medicaid o Medicare Parte B y las 48 horas para todos los demás servicios y artículos.

Si ampliamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, le autorizaremos la cobertura al finalizar dicho periodo extendido. No podemos tomarnos tiempo adicional para la decisión de cobertura para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

### **Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?**

Si la respuesta es **No**, nosotros le enviaremos una carta donde le indicamos los motivos para que la respuesta sea **No**

- Si la respuesta es **No**, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos dicha decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la siguiente sección para obtener más información).

### **• Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos no incluidos en la Parte D)**

#### **¿Qué es una apelación?**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión de cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error. Si usted, el representante autorizado o el médico u otro proveedor no están de acuerdo con la decisión, puede apelar. Usted también puede apelar que nosotros no



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

tomemos una decisión de cobertura dentro de los plazos en que deberíamos hacerlo. Le enviaremos un aviso por escrito siempre que tomemos una medida o no cumplamos con una medida que usted pueda apelar.

**NOTA:** Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid, usted debe designarlo como representante por escrito. Consulte “¿Puede otra persona presentar una apelación por mí?” en la página 163 para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicios de relevo de Ohio: 1-800-780-0750). El Ómbudsman de MyCare Ohio no está conectado con nosotros, alguna compañía aseguradora o plan de salud.

## ¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de cobertura original. Cuando hayamos terminado la revisión, le enviaremos la decisión por escrito.

## ¿Cómo presentar una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante autorizado, su médico u proveedor deberá contactarnos. También puede llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o escribirnos a la siguiente dirección:

CareSource

Attn: Member Grievance & Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-1947

- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o usar el formulario de apelación/reclamación de la página 202. Asegúrese de incluir nombre y apellido, número que se encuentra al frente de la tarjeta de ID de afiliado a CareSource

MyCare Ohio y su domicilio y número telefónico. También deberá incluir cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden expresar su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte dentro de los siguientes 60 días calendario a partir de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar el plazo por una buena justificación, todavía puede apelar.
- Si apela porque le indicamos que un servicio que recibe cambiará o se terminará, tiene menos días para apelar si desea que el servicio continúe mientras se procesa la apelación.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo aplica a su apelación.

otro

el



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos para presentar apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A, *Cómo contactarse con Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio*.
- Usted puede pedirnos una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

**El término legal para "apelación rápida" es "reconsideración acelerada".**

### ¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Además, otra persona puede presentar la apelación por usted, pero primero debe completar un formulario de Nombramiento de representante. El formulario autoriza a la otra persona a actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de representante, llame a Servicios para Afiliados y pida uno o visite <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o nuestro sitio web CareSource.com/MyCare. También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.

**Si la apelación proviene de alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor que haya solicitado el servicio**, debemos tener su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Para servicios cubiertos por Medicaid únicamente, si desea que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en su nombre, debemos recibir su autorización por escrito.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación dentro de los **60 días calendario** posteriores a la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si deja pasar esta fecha límite debido a una razón válida, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón válida son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos la información errónea sobre el plazo para solicitar la apelación.

**NOTA:** Si apela porque le indicamos que un servicio que recibe cambiará o se terminará, **tiene menos días para apelar** si desea que el servicio continúe mientras se procesa la apelación. Consulte "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?" en la página 165 para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

Sí. Pídanos una copia gratuita en Servicios para Afiliados, al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

### ¿Puede mi médico brindarles más información acerca de mi apelación?

Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

## ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura médica. Luego, revisamos si seguimos todas las reglas cuando le respondemos que **No** a su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión de cobertura original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

## ¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos dar una respuesta dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores para un medicamento con receta de Medicare Parte B). Le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su padecimiento así lo requiere.

- Sin embargo, si usted o su proveedor piden más tiempo, o si necesitamos recolectar más información, podremos tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si nos lleva días adicionales tomar la decisión, le enviaremos una carta donde expliquemos el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Si usted presenta una reclamación rápida, nosotros daremos una respuesta a su reclamación dentro de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso para presentar reclamaciones, incluso reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 en la página 196.
- Si no le damos una respuesta a la apelación dentro de los 15 días calendario (o 7 días calendario posteriores a la recepción de una apelación para medicamentos con receta de Medicare Parte B) o cuando terminen los días adicionales (si los usamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicare (consulte la Sección 5.4 en la página 166). Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección 5.4 en la página 166).

También puede presentar una reclamación sobre nuestro incumplimiento de tomar una decisión de apelación dentro del plazo establecido (consulte la Sección 10 en la página 196).

**Si respondimos Sí** a su solicitud, de forma total o parcial, debemos aprobar el servicio dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la apelación (o dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la apelación para un medicamento con receta de Medicare Parte B).

**Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección 5.4 en la página 166). Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará que también puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección 5.4 en la página 166).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Cuándo tendrá noticias acerca de una decisión sobre la apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria para apelar. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted o su proveedor piden más tiempo, o si necesitamos recolectar más información, podremos tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si nos lleva días adicionales tomar la decisión, le enviaremos una carta donde expliquemos el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Si usted presenta una reclamación rápida, nosotros daremos una respuesta a su reclamación dentro de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso para presentar reclamaciones, incluso reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 en la página 196.
- Si no le damos una respuesta a la apelación dentro de las 72 horas o cuando terminen los días adicionales (si los usamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicare (consulte la Sección 5.4 en la página 166). Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección 5.4 en la página 166).

También puede presentar una reclamación sobre nuestro incumplimiento de tomar una decisión de apelación dentro del plazo establecido (consulte la Sección 10 en la página 196).

**Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un equipo o servicio de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección 5.4 en la página 166). Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará que también puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección 5.4 en la página 166).

## ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

**Sí**, si cumple ciertos requisitos. Si ya hemos aprobado la cobertura de un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que finalice el período de autorización, le enviaremos un aviso con al menos 15 días de anticipación de tomar la medida. Usted, el representante autorizado, o el médico u otro proveedor debe **solicitar una apelación, como máximo, en la fecha que se indica a continuación** para mantener el servicio durante la apelación:

- Dentro de los 15 días calendario de la fecha de envío del aviso; o



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- La fecha de vigor prevista de la acción.

Si sus beneficios se mantienen, puede seguir recibiendo el servicio hasta que una de las siguientes acciones ocurra: (1) retira la apelación; o (2) pasan 15 días calendario después de que le notificamos que respondimos **No** a la apelación.

**NOTA:** En ocasiones, los beneficios podrían mantenerse incluso si respondemos **No** a la apelación. Si el servicio está cubierto por Medicaid y solicita una audiencia estatal, podría mantener los servicios hasta que la Oficina de Audiencias Estatales tome una decisión. Si el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2. Para obtener más información, consulte la Sección 2 en la página 166.

## • **Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos no incluidos en la Parte D)**

### **Si el plan responde que No en el Nivel 1, ¿qué sucede después?**

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o equipo normalmente está cubierto principalmente por Medicare o Medicaid

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, la carta le indicará que puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 167 de esta sección para obtener información sobre audiencias estatales.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, ante la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity o IRE), tan pronto como la Apelación de Nivel 1 haya finalizado.
- Si el problema está relacionado con un artículo o servicio que podría estar principalmente cubierto por **Medicare y Medicaid**, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente. La carta le indicará que también podría solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 167 de esta sección para obtener información sobre audiencias estatales.

### **¿Qué es una Apelación de Nivel 2?**

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación sobre un servicio o artículo. La Apelación de Nivel 2 es revisada por una organización independiente que no está relacionada con el plan.

### **Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?**

Si respondemos **No** a su apelación en el Nivel 1 y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid, podría solicitar una audiencia estatal.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ¿Qué es una audiencia estatal?

Una audiencia estatal es una reunión entre usted o su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales, en el Departamento de Trabajo y Servicios Sociales de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). Usted explicará por qué cree que el plan tomó la decisión equivocada y nosotros podremos explicar por qué tomamos esa decisión. El oficial de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene razón, basándose en la información aportada y si hemos seguido las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito sobre su derecho a solicitar una audiencia estatal. Si usted se encuentra en el programa de exención de MyCare Ohio, quizá tenga otros derechos relacionados con las audiencias estatales. Consulte el Manual del afiliado para la Exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad para obtener más información sobre sus derechos.

## ¿Cómo solicito una audiencia estatal?

Para solicitar una audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben contactar a la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que le enviamos el aviso sobre sus derechos a una audiencia estatal. El período de 120 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío de la carta. Si se pasa de la fecha límite de 120 días calendario por una buena justificación, la Oficina de Audiencias Estatales puede darle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una Apelación de Nivel 1 para poder pedir una audiencia estatal después.

**NOTA:** Si desea que alguien actúe en su nombre, incluso su médico u otro proveedor, debe brindar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso de representante autorizado por escrito en el que indique que desea que esa persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el Formulario de audiencia estatal a la dirección o el número de fax que figura 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 se requiere para obtener una decisión de audiencia estatal?

En general, las decisiones de audiencias estatales no suelen tardar más de 70 días calendario una vez que la Oficina de Audiencias Estatales recibe la solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales acuerda que este plazo podría causarle graves perjuicios a su salud o perjudicar sus funciones, la decisión se otorgará tan pronto como sea necesario, pero a no más tardar de transcurridos tres días laborales luego de que la Oficina de Audiencias Estatales recibe la solicitud.

## Mi problema está relacionado con un servicio o artículo que está cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación de Nivel 2?

Si contestamos No a su Apelación de Nivel 1 y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, pasará automáticamente a una Apelación de Nivel 2 de la Entidad Revisora Independiente (IRE). Esta organización verificará la decisión de Nivel 1 con cuidado y decidirá si debe cambiarse la decisión.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Usted no necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Enviaremos los rechazos (totales o parciales) a la IRE de forma automática. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo en Servicios para Afiliados, al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

### ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de la IRE?

- La IRE debe responder a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción para una apelación de un medicamento con receta de Medicare Parte B). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener equipos o servicios médicos.
  - Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pueda beneficiarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará a usted por carta. La IRE no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2. La IRE deberá darle respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.
  - Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pueda beneficiarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará a usted por carta. La IRE no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

### ¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto por Medicare y Medicaid?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Medicaid, enviaremos la Apelación de Nivel 2 de forma automática 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 167.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decide cambiar o terminar la cobertura para un servicio que antes estaba aprobado, puede solicitar que se mantengan los beneficios durante las apelaciones de Nivel 2 en algunos casos.

- Si el problema está relacionado con un servicio que, en su mayoría, **solo está cubierto por Medicaid**, puede solicitar que se mantengan los beneficios durante las apelaciones de Nivel 2. Usted o su representante autorizado deben **solicitar una audiencia estatal antes de que ocurra lo último de entre lo siguiente** a fin de mantener el servicio durante la audiencia estatal:
  - Dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha de envío de la carta donde le indicamos que rechazamos la Apelación de Nivel 1; o



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



- La fecha de vigor prevista de la acción.
- Si su problema está relacionado con un servicio cubierto en su mayoría **solo por Medicare**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si su problema está relacionado con un servicio cubierto principalmente tanto por **Medicare como Medicaid**, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 con la IRE. Si también solicita una audiencia estatal, puede mantener los beneficios mientras la audiencia está pendiente si envía la solicitud dentro de los plazos antes indicados.

Si sus beneficios se mantienen, puede seguir recibiendo el servicio hasta que una de las siguientes acciones ocurra: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron la Apelación de Nivel 2 (la IRE o la Oficina Estatal de Audiencias) deciden **No** aprobar su solicitud.

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si la Apelación de Nivel 2 fue una audiencia estatal, la Oficina Estatal de Audiencias le enviará por correo la decisión de la audiencia por escrito.

- Si la decisión es Sí (sostenido) a la totalidad o a parte de la solicitud, la decisión explicará con claridad lo que debe hacer el plan para abarcar el problema. Si no entiende la decisión o tiene preguntas sobre la obtención del servicio o del pago, comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener asistencia.
- Si la decisión de la audiencia es No (denegada) a la totalidad o a parte de la solicitud, significa que la Oficina de Audiencias Estatal está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. La decisión de la audiencia estatal explicará las razones de la Oficina de Audiencias Estatal para decir que la respuesta es “no” e informará que tiene derecho a solicitar una apelación administrativa.

Si la Apelación de Nivel 2 se derivó a la Entidad Revisora Independiente (IRE), esta le enviará una carta donde explique su decisión.

- Si la IRE responde **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindarle el servicio o el artículo dentro de los 14 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud en la apelación estándar para un medicamento con receta de Medicare Parte B, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de Medicare Parte B dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de Medicare Parte B dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Si la IRE responde **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se le llama “rechazar la apelación”.

### **Hice una apelación tanto a la Entidad de Revisión Independiente como a la Oficina de Audiencias Estatales por servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué sucede si toman decisiones diferentes?**

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatal responde **Sí** a la totalidad o a una parte de su solicitud, le daremos el servicio o artículo aprobado que más se asemeje a lo que solicitó en la apelación.

### **Si la decisión es No para la totalidad o una parte de lo que yo solicité, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si la Apelación de Nivel 2 fue una audiencia estatal, puede volver a apelar si solicita una apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatal debe recibir su solicitud de una apelación administrativa dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha de emisión de la decisión de la audiencia.

Si la Apelación de Nivel 2 se derivó a la Entidad de Revisión Independiente, solo puede volver a apelar si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un determinado valor mínimo. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección 9 en la página 195 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

## **• Sección 5.5: Problemas con los pagos**

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si el pago que le brindamos al proveedor es menor al que este aplica para un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige pagar el resumen de una factura.

Si recibe una factura por los servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Es posible que paguemos al proveedor para que podamos reembolsar su pago o que el proveedor acuerde dejar de facturarle a usted por el servicio.

Para obtener más información, consulte primero el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que quizás necesite solicitarnos que le ayudemos con el pago que realizó a un proveedor o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor. También le decimos cómo hacernos llegar los documentos para solicitarnos un pago. El Capítulo 7 también brinda información para ayudarlo a evitar problemas de pago en el futuro.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Puedo solicitar un reembolso por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por los servicios y artículos cubiertos, no debe pagarla. Sin embargo, si la paga, puede recibir un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Evaluaremos si el servicio o el artículo que pagó es uno cubierto y verificaremos que haya seguido todas las reglas para el uso de su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, trabajaremos con el proveedor para reembolsar su pago.
- Si todavía no pagó el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta que le informe que no pagaremos el servicio o artículo y los motivos.

## ¿Qué sucede si respondemos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con la decisión, **puede apelar**. Siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3 de la página 161. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos responder dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la apelación.
- Si solicita un reembolso por un servicio o artículo que ya pagó y obtuvo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si respondemos **No** a la apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos su caso de forma automática a la Entidad Revisora Independiente (IRE). Si esto sucede, le notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión e indica que debemos hacer el pago, debemos enviar el pago al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquiera de las etapas del proceso de apelación después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago requerido a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE responde **No** su apelación significa que coincide con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se denomina “rechazo de la apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que podría tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o del equipo que usted desea cumple con un monto mínimo. Consulte la Sección 9 en la página 195 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Si nuestra respuesta es **No** a la apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección 5.4 en la página 166).



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 6: Medicamentos de la Parte D

---

### • Sección 6.1: Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado a nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos que tienen un \* (medicamentos que no son de la Parte D). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con un \* siguen el proceso de la **Sección 5** en la página 157.

### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con respecto a los medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye:
  - Nos solicita cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan
  - Pedirnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como el límite de la cantidad que usted puede obtener)
- Usted quiere saber si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando el medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga aprobación de nuestra parte antes de brindarle la cobertura).

**NOTA:** Si la farmacia le indica que no puede completar su receta, recibirá un aviso donde se explique cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya adquirió. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura acerca del pago. Recuerde que no debe pagar por ningún servicio médicamente necesario cubierto por Medicare y Medicaid. Si se le pide pagar el precio total de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados para obtener asistencia.

**El término legal** para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo apelar.

Use la siguiente tabla para tener ayuda al momento de decidir qué sección tiene información sobre su situación:



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

<b>¿Cuál de estas situaciones es la suya?</b>			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que omitamos una regla o restricción para un medicamento cubierto?</p> <p><b>Puede solicitarnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección 6.2</b> en la página 174. También consulte las secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 175 y 176.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como contar con la aprobación previa) para obtenerlo?</p> <p><b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Continúe con la <b>Sección 6.4</b> en la página 176.</p>	<p>¿Desea pedirnos un reembolso por un medicamento que ya obtuvo y pagó?</p> <p><b>Puede solicitarnos un reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Continúe con la <b>Sección 6.4</b> en la página 176.</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo desea?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que nos pedirá que reconsideremos nuestra decisión.)</p> <p>Continúe con la <b>Sección 6.5</b> en la página 179.</p>

**• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?**

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no suele estar en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en la Lista de medicamentos o no tiene la cobertura que a usted le gustaría, puede pedirnos una “excepción”.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que prescriba recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita una excepción.

A continuación, brindamos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que prescriba recetas pueden solicitarnos que:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección B, *Lista de medicamentos del plan*).
  - Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
    - Verse obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (En ocasiones esto se denomina “autorización previa”).
    - Verse obligado a probar un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (En ocasiones, esto se denomina “terapia escalonada”).
    - Límites de cantidad. Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede recibir.

**El término legal** para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

### • **Sección 6.3: Aspectos importantes que debe conocer para solicitar excepciones**

#### **Su médico u otra persona que prescriba recetas deben indicarnos las razones clínicas**

Su doctor u otra persona que prescriba recetas deberán proporcionarnos una declaración en la que se indiquen las razones clínicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su doctor u otra persona que prescriba recetas cuando solicite la excepción

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de un padecimiento en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo puede ser tan eficaz como el medicamento que solicita y no ocasiona mayores efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, no aprobaremos su solicitud de excepción.

#### **Responderemos que Sí o que No a su solicitud de una excepción**

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción tiene una duración hasta el final del año calendario. Esto continuará de este modo, en tanto su médico siga recetándole el medicamento y éste continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación para que nuestra decisión sea revisada. La Sección 6.5 en la página 179 le indica cómo presentar una apelación si respondemos que **No**.

La siguiente sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## • Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

### Qué debe hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer la solicitud. Tanto usted como su representante, su médico (u otra persona que emita recetas) pueden hacerlo. También puede llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Usted, su doctor (u otra persona que prescriba recetas) o alguna otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en su nombre.
- Consulte la Sección 2 en la página 150 para averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otra persona que prescriba recetas para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si ha pagado por un medicamento que, según su criterio, debería estar cubierto, lea el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos* de este manual. El Capítulo 7 informa cómo llamar a Servicios para Afiliados o enviarnos la documentación en la que nos solicita cubrir el medicamento.
- Si desea solicitar una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su doctor u otra persona que prescriba recetas deberá darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que usted solicita. A esto lo denominamos “declaración de respaldo”.
- Su médico u otra persona que emita recetas pueden enviarnos la declaración por correo o por fax. O su doctor u otra persona que prescriba recetas pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

### Guía rápida: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago de Parte D

Llame, escriba o envíenos un fax para realizar la solicitud, o pídale a su representante, doctor u otra persona que prescriba recetas que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los 14 días calendarios.

- Si usted solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona que prescriba recetas.
- Usted o su doctor, u otra persona que prescriba recetas puede solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas.)
- Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



## Si su estado de salud lo requiere, solicite una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura** estándar significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Solo puede obtener una decisión de **cobertura rápida si solicita un medicamento que aún no haya recibido**. (No podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró).

Solo podrá obtener una decisión rápida únicamente si **los plazos estándar pudieran provocar daños graves a su salud o afectar de manera negativa su capacidad de funcionamiento**.

Si su médico u otra persona que prescriba recetas nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos por carta.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que prescriba recetas), nosotros determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, se lo informaremos por carta y usaremos los plazos estándar en su lugar.
  - También le enviaremos una carta para avisarle esto. La carta le indicará cómo presentar una reclamación acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar.
  - Puede presentar una “reclamación rápida” y obtener una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso para presentar reclamaciones, incluso reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 en la página 196.

## Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, deberemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su doctor o de la persona que prescriba recetas avalando su solicitud. Le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar la cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico o de la persona que prescriba recetas donde se avale su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique el motivo del **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para las decisiones de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aún no haya recibido

- Si usamos los plazos estándar, deberemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. O, si solicita una excepción, posteriores a la recepción de la declaración de respaldo del médico o la persona que emita la receta. Le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o de la persona que prescriba recetas.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde se explique el motivo del **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para las decisiones de cobertura “estándar” acerca del pago de medicamentos que usted ya adquirió

- Deberemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario luego de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 14 días calendario. La farmacia reembolsará su dinero.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde se explique el motivo del **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **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 iniciar una apelación, usted, su médico u otra persona que prescriba recetas o su representante debe comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación si llama al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **dentro de los siguientes 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si deja pasar esta fecha límite debido a una razón válida, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, algunos motivos válidos para dejar pasar el plazo serían una enfermedad grave que impidió que nos contacte o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar la apelación.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su doctor o una persona que prescriba recetas, o su representante pueden expresar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar el plazo por una buena justificación, todavía puede apelar.
- Usted, su doctor o una persona que prescriba recetas, o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

**El término legal** para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

- Tiene derecho de pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si lo desea, usted y su médico, u otra persona que expida recetas, pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que prescriba recetas deberán decidir si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para una “decisión de cobertura rápida”, mencionados en la Sección 6.4 en la página 176.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

## Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volvemos a analizar cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico, u otra persona que expida recetas, para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de cobertura original.

## Plazos para las “apelaciones rápidas”

- Si aplicamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique el motivo del **No**.

## Plazos para las “apelaciones estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos responder dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de la apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos responder dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Si cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no emitimos una decisión dentro de los 7 días calendario o 14 días calendario si solicitó un reembolso para un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de haber recibido su apelación o 14 días calendario si nos solicitó un reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de cubrir un medicamento que ya pagó, abonaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. La farmacia reembolsará su dinero.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta para explicarle por qué respondimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

## • Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos **No** a una parte o a la totalidad de la apelación, puede decidir si acepta la decisión o si vuelve a apelar. Si decide avanzar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando presenta una apelación a la IRE, le enviaremos su archivo automáticamente. Tiene derecho de pedirnos una copia de su archivo si llama a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Tiene derecho de brindarle más información a la IRE con el objetivo de apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta entidad no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días calendario** a partir de la decisión que está apelando. Si deja pasar el plazo por una buena justificación, todavía puede apelar.
- Usted, su doctor u otra persona que prescriba recetas, o su representante, pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Los revisores de la IRE analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación. La entidad le enviará una carta en la que explique su decisión.

**El término legal** para referirse a una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

## Plazos para las “apelaciones rápidas” de Nivel 2

- Solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) si su salud lo requiere
- Si la IRE acepta otorgarle una “apelación rápida”, deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE responde **Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas después de haber recibido su apelación.

## Plazos para “apelaciones estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o 14 días si solicitó un reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si la IRE responde **Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
  - Si la IRE aprueba una solicitud de cubrir un medicamento que ya pagó, abonaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión. La farmacia reembolsará su dinero.

## ¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente responde que No a su Apelación de Nivel 2?

Un **No** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se le llama “rechazar la apelación”.

Si desea avanzar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es suficiente, puede solicitar una Apelación de Nivel 3. La carta que recibe de la IRE con la decisión de la Apelación de Nivel 2 le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 7: Cómo pedirnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital

---

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que se le dará de alta. También le ayudarán a hacer los arreglos para la atención que usted pueda necesitar luego de ser dado de alta.

- El día en que usted deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si cree que se le ha pedido que abandone el hospital demasiado pronto, usted puede pedir una internación más prolongada y su solicitud será tomada en consideración. En esta sección le explicamos cómo hacerlo.

### • Sección 7.1: Cómo conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de la internación en el hospital, un trabajador social o un miembro del personal de enfermería le entregarán un aviso denominado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3136 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. El “Mensaje importante” le indica sus derechos como paciente del hospital, lo cual incluye sus derechos a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante la internación y después de ella. Tiene derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar en las decisiones sobre la duración de la internación.
- Saber dónde puede informar sus inquietudes acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que acepta la fecha de alta que el médico o el personal del hospital podrían haberle indicado.

Guarde su copia del aviso firmada para conservar la información de ésta, en caso de que la necesite.

- Para acceder a una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

- También puede acceder al aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números antes mencionados.

## • Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es apropiada para usted desde el punto de vista médico.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Para presentar una apelación a fin de cambiar la fecha de alta, llame a Livanta al :**1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**

### ¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de marcharse del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planificada. Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si llama antes de salir del hospital, podrá permanecer en él después de su fecha de alta programada sin pagar por la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria después de su fecha de alta programada.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888- 524-9900 (TTY: 1-88-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha de alta planificada del hospital.

- **Si deja pasar el plazo** para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad acerca de apelación, en su lugar, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles, consulte la Sección 7.4 en la página 187.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3136 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

## ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos del gobierno federal para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

### Solicite una “revisión rápida”

Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted está solicitando a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

## ¿Qué sucede durante esta revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporcionará su fecha de alta programada. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted reciba el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito se llama “Notificación detallada de alta médica”. Puede obtener una muestra si llama a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

### ¿Qué pasa si la respuesta es Sí?

- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es **Sí** a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

### ¿Qué pasa si la respuesta es No?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde **No** su apelación, significa que ellos consideran que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía de la fecha posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le indique la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde **No** y decide permanecer en el hospital, podría tener que pagar por continuar en el hospital. El costo de la atención que podría tener que pagar comienza en el mediodía en que responde la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital luego de su fecha de alta programada, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

## • Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá hacer una Apelación de Nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario después del día** en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó que **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud para una segunda revisión, los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888- 524-9900 (TTY: 1-88-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## ¿Qué pasa si la respuesta es Sí?

- Debemos reembolsarle por nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado mientras sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos y es posible que correspondan limitaciones de cobertura.

## ¿Qué pasa si la respuesta es No?

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 usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación posterior a su fecha de alta programada.

## • Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con un plazo de la apelación?

Si usted deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. No obstante, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

### Apelación alternativa de Nivel 1 para modificar su fecha de alta hospitalaria

Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una “revisión rápida.” Una revisión rápida es una apelación en la que se utilizan plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, revisaremos toda la información acerca de su estadía en el hospital. Revisaremos si la decisión acerca de la fecha en que usted debe dejar el hospital fue justa y conforme a todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas luego de que usted solicite una “revisión rápida”.
- **Si respondemos que Sí a su revisión rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos cubriendo los servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestros Servicios para Afiliados y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si respondemos que No a su revisión rápida**, eso significa que su fecha de alta médica programada era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
  - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, es **posible que deba pagar el costo total de la atención** recibida en el hospital después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de responder **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Al hacerlo, significa que automáticamente pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal para “revisión rápida” es “apelación acelerada”.**

## Apelación alternativa de Nivel 2 para modificar su fecha de alta hospitalaria

Le enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Entidad Revisora Independiente (IRE) dentro de las 24 posteriores a la entrega de la decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo este u otros plazos, usted puede presentar una reclamación. La Sección 10 en la página 196 le indica cómo presentar una reclamación.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE analiza la decisión que tomamos cuando respondimos que **No** a su “revisión rápida”. Dicha organización decidirá si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de la apelación. Los revisores suelen darle una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación del alta hospitalaria.
- Si la IRE responde que **Sí** a la apelación, debemos darle un reembolso por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha del alta programada. También debemos mantener la cobertura de los servicios del hospital mientras sea médicamente necesario.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Si la IRE responde que **No** a la apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada desde el punto de vista médico.
- La carta que recibe de la IRE le indicará qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. En él se le darán detalles acerca de cómo continuar al Nivel 3 de apelación, el cual es manejado por un juez.

---

## Sección 8: Qué debe hacer si cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (CORF) de Medicare terminan demasiado pronto

---

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de atención solo cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- La atención para la rehabilitación que usted esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está siendo tratado por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
  - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo antes de la finalización de sus servicios. Cuando finalice su cobertura para dicha atención médica, ya no pagaremos su atención.

Si usted cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección le indicamos cómo solicitar una apelación.

### • **Sección 8.1: Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención médica. Este se denomina “Aviso de falta de cobertura de Medicare”.

- En el aviso por escrito se le informará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso por escrito también le informa cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento para dejar de recibir la atención.

Cuando la cobertura finalice, dejaremos de pagar el costo de la atención.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

## • Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención

Si usted cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le indicamos cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe comprender lo que necesitará hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a las cosas que usted debe hacer. También hay plazos que el plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una reclamación. En la Sección 10 en la página 196 le explica cómo presentar una reclamación).
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3136 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. O llame al Ómbudsman de MyCare Ohio 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información sobre apelaciones a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad también se encuentra en el Aviso de falta de cobertura de Medicare. Es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir la atención.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que mantenga su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888- 524-9900 (TTY: 1-88-985-8775) y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha de alta programada.

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos del gobierno federal para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

### ¿Qué es lo que debe pedir?

Solicite una “apelación rápida” Esto es una revisión independiente acerca de si es adecuado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Cuál es el plazo para comunicarse con dicha organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día posterior a la fecha en que reciba el aviso escrito en el que le informamos que finalizaremos la cobertura de su atención.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para conocer más detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 193.

**El término legal** para el aviso por escrito es “**Aviso de falta de cobertura de Medicare**”.

Puede obtener una copia de muestra llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consulte una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

## ¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debería continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad donde explique el motivo para terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, hablarán con el médico y evaluarán la información que les haya dado nuestro plan.
- **Al cabo de todo un día posterior a que se obtenga la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

**El término legal** para la carta que explique por qué sus servicios deben terminar es “**Aviso detallado de no cobertura**”.

## ¿Qué sucede si los revisores responden que Sí?

- Si los revisores contestan que **Sí** a su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## ¿Qué sucede si los revisores responden que No?

- Si los revisores contestan que **No** a su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado. Dejaremos de pagar nuestra porción de los costos de esta atención.
- Si usted decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) luego de la fecha en que su cobertura termine, entonces deberá pagar el costo total de dicha atención por cuenta propia.

### • Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde que **No** a la apelación **y** usted decide continuar recibiendo atención luego de finalizada la cobertura, entonces usted puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a verificar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1, usted tal vez deba pagar el costo total de su atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario después del día** en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó que **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un mayor tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888- 524-9900 (TTY: 1-88-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha de alta programada.

## ¿Qué sucede si la organización revisora responde que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención mientras sea necesario desde el punto de vista médico.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



## ¿Qué sucede si la organización revisora responde que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. En él se le darán detalles acerca de cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual es manejado por un juez.

### • **Sección 8.4: ¿Qué ocurre si deja pasar la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?**

Si usted deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. No obstante, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

#### **Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar con la atención médica**

Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una “revisión rápida.” Una revisión rápida es una apelación en la que se utilizan plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante la revisión, analizaremos toda la información sobre su atención médica en el hogar, atención médica en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (CORF). Revisaremos si la decisión acerca de la fecha en que debían finalizar los servicios fue justa y conforme a todas las reglas.

#### **Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1**

Llame a nuestros Servicios para Afiliados y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas luego de que usted solicite una “revisión rápida”.
- **Si respondemos que Sí** a su revisión rápida, eso significa que estamos de acuerdo en que nosotros continuaremos cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si respondemos que No** a su revisión rápida, eso significa que finalizar sus servicios. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios terminará el día en que dijimos que ésta terminaría.

Si usted continúa recibiendo los servicios después del día que dijimos que terminarían, **podría tener que pagar el costo total** de los servicios. Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

de responder **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Al hacerlo, significa que automáticamente pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal para “revisión rápida” es “apelación acelerada”.**

## Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Le enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Entidad Revisora Independiente (IRE) dentro de las 24 posteriores a la entrega de la decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo este u otros plazos, usted puede presentar una reclamación. La Sección 10 en la página 196 le indica cómo presentar una reclamación.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE analiza la decisión que tomamos cuando respondimos que **No** a su “revisión rápida”. Dicha organización decidirá si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de la apelación. Los revisores suelen darle una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación
- **Si la IRE responde que Sí** a su apelación, le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También debemos mantener la cobertura de los servicios mientras sea médicamente necesario.
- **Si la IRE responde que No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la finalización de la cobertura de los servicios era adecuada desde el punto de vista médico.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan mantenga su atención médica

No es necesario que haga nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

La carta que recibe de la IRE le indicará qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. En ella se le darán detalles acerca de cómo continuar al Nivel 3 de apelación, manejado por un juez.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

---

### • Sección 9.1: Próximos pasos para obtener artículos y servicios de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones se han rechazado, tendrá derecho a utilizar niveles adicionales de apelación. La carta que recibe de la Entidad Revisora Independiente le explicará cómo proceder si desea continuar el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado litigante. Si desea que un ALJ o un abogado litigante revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita tendrá que llegar a un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es suficiente, puede solicitar que un ALJ o un abogado litigante analice su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o el abogado litigante, puede ir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, puede tener derecho a pedir que una corte federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier fase del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio. El número telefónico es 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

### • Sección 9.2: Próximos pasos para obtener artículos y servicios de Medicare

Si tuvo una audiencia estatal para servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de dicha audiencia estatal fue denegada (no fue favorable para usted), también tiene derecho a apelaciones adicionales. El aviso de la decisión de la audiencia estatal le explicará cómo solicitar una apelación administrativa presentando su solicitud a la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud de una apelación administrativa dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se pronunció la decisión. Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación administrativa, tiene derecho a apelar en el tribunal de causas comunes del condado donde vive.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con las audiencias estatales o las apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

---

## Sección 10: Cómo presentar una reclamación

---

### ¿Qué tipo de problemas se consideran reclamaciones?

El proceso de reclamación se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, recibir una factura y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de reclamaciones.

#### Reclamaciones sobre la calidad

- Se siente insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido, como la atención que recibió en el hospital.

#### Reclamaciones sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió alguna información que se considera confidencial.

#### Reclamaciones sobre mala calidad de servicio al cliente

- Un proveedor o personal de atención médica fue maleducado o irrespetuoso con usted.
- El personal de CareSource MyCare Ohio lo trató mal.
- Considera que lo están echando del plan.

#### Reclamaciones sobre accesibilidad

- No puede acceder debido a una condición física a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- El proveedor no le proporciona un servicio de adaptación que necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

#### Reclamaciones sobre los tiempos de espera

- Tiene dificultades para obtener una cita o tiene que esperar demasiado para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos, Servicios para Afiliados u otro personal le han hecho esperar demasiado.

---

#### Guía rápida: Cómo presentar una reclamación

Puede presentar una reclamación interna en el plan o una reclamación externa con una organización que no esté relacionada con el plan.

Para hacer una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan reclamaciones externas. Para obtener más información, consulte la Sección 10.2 en la página 200.

Si necesita presentar una reclamación interna o externa, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicios de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

---



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

### Reclamaciones sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

### Reclamaciones sobre barreras lingüísticas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

### Reclamaciones acerca de una factura recibida

- El médico o proveedor le envió una factura.

### Reclamaciones acerca de recibir comunicados de nuestra parte

- Usted cree que no le entregamos un aviso o carta que debería haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil para entenderla.

### Reclamaciones acerca de la oportunidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, después de recibir una decisión de cobertura o una apelación en su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o darle el servicio o pago al proveedor por determinados servicios médicos de manera que podamos reembolsarle el dinero.
- Cree que no enviamos su caso a la Entidad Revisora Independiente de forma oportuna.

**El término legal** para “reclamación” es “**queja**”.

**El término legal** para “hacer un reclamación” es “**presentar una queja**”.

### ¿Hay diferentes tipos de reclamaciones?

Sí. Puede hacer una reclamación externa o interna. Una reclamación interna se presenta al plan y este la verifica. Una reclamación externa se presenta a una organización que no está relacionada con el plan y esta lo verifica. **Si necesita ayuda para hacer una reclamación interna o externa, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).**



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## • Sección 10.1: Reclamaciones internas

Para hacer una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-748-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las reclamaciones relacionadas con la Parte D deben presentarse **dentro de 60 días calendario** luego de generado el problema por el cual desea quejarse. Todas las demás reclamaciones pueden hacerse **en cualquier momento** después de haberse producido el problema por el cual quiere presentar una reclamación.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el departamento de Servicios para Afiliados se lo dirá.
- También puede escribir la reclamación y enviárnosla. Si hace la reclamación por escrito, le responderemos de la misma forma. También puede usar el formulario en la página 202 para presentar la reclamación.
- Específicamente, si quiere presentar una reclamación, puede hacerlo de alguna de las siguientes maneras:
  - Llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163. TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o
  - Complete el formulario de reclamación/apelación del afiliado, que se encuentra disponible en línea o en la página 202, 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 reclamación se trata de obtener 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 identificación 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 preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://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 reclamación en cualquier momento comunicándose a:

Departamento de Medicaid de Ohio

Bureau of Managed Care

P.O. Box 182709

Columbus, OH 43218-2709

1-800-324-8680

Si presenta una reclamación porque se le denegó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “reclamación rápida” y le responderemos dentro de las 24 horas.

**El término legal para “reclamación rápida” es “queja abreviada”.**

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si no llama por una reclamación, tal vez le demos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos reclamaciones sobre el acceso a la atención dentro de los 2 días hábiles. Respondemos todas las demás reclamaciones dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Le indicaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

- Si presenta una reclamación porque se le denegó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le concederemos una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.
- Si presenta una reclamación porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, le daremos, de forma automática, una “reclamación rápida” y responderemos su reclamación dentro de las 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la reclamación, se lo indicaremos y le daremos los motivos. Le responderemos si estamos de acuerdo con su reclamación o no.

## • Sección 10.2: Reclamaciones externas

### También puede informar su reclamación ante Medicare

También puede enviar su reclamación a Medicare. El Formulario de reclamación de Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>

Medicare se toma sus reclamaciones en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene sugerencias o inquietudes, o si cree que el plan no se está ocupando del problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

### También puede presentar su reclamación ante Medicaid

Puede llamar a la Línea directa de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede enviar su reclamación por correo electrónico a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov).

### Puede presentar una reclamación en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una reclamación a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud si cree que no recibió un tratamiento justo. Por ejemplo, puede hacer una reclamación sobre acceso para discapacitados o ayuda con el idioma. El número telefónico de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr>.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles en:

Office for Civil Rights

United States Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, Illinois 60601



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).



También podría tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act) y según la Sección 4112.02 del Código Revisado de Ohio. Puede comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o a la Línea directa de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para obtener ayuda.

## **Puede presentar una reclamación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando la reclamación es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamación acerca de la calidad de la atención recibida directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la reclamación ante nosotros).
- O puede presentar su reclamación ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una reclamación ante dicha organización, nosotros trabajaremos junto con ellos para resolver su reclamación.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad consiste en un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número telefónico de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Formulario de reclamación/apelación del afiliado

Ohio

Nombre del afiliado

N.º de ID del afiliado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección del afiliado

Teléfono del afiliado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el motivo de la reclamación/apelación involucra a uno o varios proveedores, proporcione la siguiente información, si cuenta con ella.

**Nombres de los proveedores** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

Describa la queja/apelación de la forma más detallada que sea posible. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

\_\_\_\_\_

(Firma del afiliado)

\*Si usted es un representante que presenta una queja o apelación en nombre de un afiliado de CareSource, debe completar el formulario de Designación de representante y enviar el formulario completo junto con el formulario de queja/apelación. El formulario Designación de representante está disponible en línea en: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL AL REVERSO DEL FORMULARIO



---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **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® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) le negó su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de recibir el Aviso de negación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para pedirnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

**Domicilio:**  
Express Scripts  
c/o Medicare Clinical Appeals  
P.O. Box 66588  
St. Louis, MO 63166-6588

**Número de fax:**  
**1-877-852-4070**

También puede solicitarnos una apelación a través del sitio web [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). Las solicitudes de apelación abreviada pueden hacerse por teléfono al **1-855-475-3163**, (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes.

**Quién puede hacer una solicitud:** La persona que receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

**Información del afiliado**

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de ID del afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es la persona inscrita:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con la dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es la persona inscrita o la persona que receta para la persona inscrita:**

**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 responde "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: USD \_\_\_\_\_ (adjuntar copia del comprobante)

Nombre y teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de la persona que emitió la receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto de la oficina \_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisiones abreviadas**

Si usted o la persona que emite la receta 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 abreviada (rápida). Si la persona que emite la receta considera que esperar 7 días podría perjudicar de manera grave su salud, le daremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores automáticamente. Si no obtiene el respaldo de su médico para presentar una apelación abreviada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación abreviada si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

**MARQUE ESTA CASILLA 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. Podría consultar la explicación que brindamos en el Aviso de falta de cobertura de medicamento con receta de Medicare y hacer que la persona que emite la receta haga referencia al criterio de cobertura del plan, si está disponible, según se indica en la carta de rechazo o en otros documentos del plan. Será necesario una explicación de la persona que emite la receta a fin de justificar por qué no cumple con los requisitos de cobertura del plan o por qué no son apropiados, desde un punto de vista médico, los medicamentos que requiere el plan.

---



---



---

**Firma de quien solicita la apelación (el afiliado o su representante):**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-475-3163** (TTY: **711**).

CareSource® MyCare Ohio (Plan de 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.

**MyCareOhio**  
*Connecting Medicare + Medicaid*



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

# Capítulo 10: Cambiar o terminar su afiliación a nuestro plan MyCare Ohio

---

## Introducción

Este capítulo le indica las formas en las que puede terminar su afiliación a nuestro plan. Usted puede cambiar su afiliación a nuestro plan si elige recibir sus servicios de Medicare por separado (usted permanece en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Usted puede finalizar su afiliación a nuestro plan si elige un plan MyCare Ohio diferente. Si abandona el plan, seguirá en los programas Medicare y Medicaid de Ohio siempre que sea elegible. Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

## Índice

A. MyCare Ohio .....	208
B. Cómo cambiar o terminar la afiliación a nuestro plan .....	209
C. Cómo unirse a otro plan MyCare Ohio .....	209
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid.....	209
D1. Formas de obtener los servicios de Medicare .....	209
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid.....	211
E. Siga recibiendo los servicios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan hasta que termine la afiliación .....	212
F. Otras situaciones en que termina su afiliación.....	212
G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud .....	213
H. Su derecho a presentar una reclamación si solicitamos a Medicare y Medicaid que terminen su afiliación a nuestro plan.....	213
I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan .....	213




---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). 207

---

## A. MyCare Ohio

Usted puede terminar su afiliación al Plan Medicare-Medicaid de CareSource MyCare Ohio en cualquier momento del año si se afilia a otro plan de Medicare Advantage, si se afilia a otro Plan Medicare-Medicaid o si se cambia a Medicare Original.

Si cambia su afiliación a nuestro plan al elegir recibir servicios de Medicare separados:

- Usted seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes que hace la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si hace una solicitud el 18 de enero para no recibir Medicare a través de nuestro plan, su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de febrero.

Si finaliza su afiliación en nuestro plan porque elige un plan MyCare Ohio diferente:

- Si solicita pasarse a un plan MyCare Ohio diferente antes de los últimos día 5 del mes, su afiliación terminará el último día de ese mismo mes. La nueva cobertura en el otro plan MyCare Ohio empezará en el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si hace una solicitud el 18 de enero, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de febrero.
- Si pide pasarse a otro plan MyCare Ohio en uno de los últimos cinco días del mes, su afiliación terminará en el último día del siguiente mes. Su nueva cobertura en el plan de MyCare Ohio diferente comenzará el primer día del mes siguiente a ese. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 30 de enero, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cambiar o terminar su afiliación llamando a:

- La Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**NOTA:** Si está en un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, Sección G, *Programas de seguridad y administración de medicamentos* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



---

## B. Cómo cambiar o terminar su afiliación al plan

Si decide cambiar o finalizar su afiliación:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1, o
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (aquellos que tienen dificultades para escuchar o hablar) deben llamar al 1-877-466-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. Se brinda más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan en la tabla de la página 210.

Consulte la Sección A anterior para obtener información sobre cuándo entrará en vigor su solicitud de cambio o terminación de la afiliación.

---

## C. Cómo inscribirse a un plan MyCare Ohio diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos de un único plan, puede unirse a un plan de MyCare Ohio diferente.

Para afiliarse a un plan de MyCare Ohio diferente:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura con CareSource MyCare Ohio terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

---

## D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid

Si no desea inscribirse en un plan MyCare Ohio diferente, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid seguirán siendo proporcionados por CareSource MyCare Ohio.

### D1. Formas de obtener los servicios de Medicare

Podrá decidir cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de las opciones siguientes, usted automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare de nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Opción	Acción
<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos con receta de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir 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 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare.</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. En este momento, puede elegir un plan de Parte D.</p> <p>Si necesita recibir 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 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio cuando comience su cobertura de Medicare Original y del plan de medicamentos recetados.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe rechazar la cobertura para medicamentos recetados si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul> <p>Si necesita recibir 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 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

## D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Usted debe recibir los beneficios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, incluso si no desea recibir sus beneficios de Medicare a través del plan MyCare Ohio, todavía debe recibir sus beneficios de Medicaid de CareSource MyCare Ohio o de otro plan de atención médica administrada de MyCare Ohio.

Si no desea inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y atención médica conductual.

Una vez que deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado y un nuevo *Manual del afiliado* para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiarse a un plan de MyCare Ohio diferente para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

---

## E. Siga recibiendo los servicios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan hasta que termine la afiliación

Si cambia o termina la inscripción con CareSource MyCare Ohio, llevará tiempo que comience la nueva cobertura. Consulte la página 208 para obtener más información. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- **Debe usar nuestra red de farmacias para obtener sus medicamentos recetados.** Por lo general, sus medicamentos con receta sólo serán cubiertos si los surte en una farmacia de la red, incluso nuestras farmacias de venta por correo.
- **Si está hospitalizado en el día en que cambia o termina su afiliación, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que se le dé de alta.

---

## F. Otras situaciones en que termina su afiliación

Estos son los casos en que Medicare y Medicaid deben finalizar su afiliación al plan:

- Si hay una pausa en la cobertura Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare terminarán el último día del mes en que termine su Medicare Parte A o Medicare Parte B.
- Si deja de calificar para Medicaid o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas que califican a Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si sale de nuestra área de servicio durante más de seis meses. o establece su residencia primaria fuera de Ohio.
  - Si se muda o se va de viaje durante un largo tiempo, deberá llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar al que se mudará o visitará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por una ofensa criminal.
- Si miente o nos oculta información acerca de algún otro seguro que posea y que le proporcione cobertura para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no tiene presencia legal en Estados Unidos.

Debe ser un ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos para estar afiliado a nuestro plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo afiliado por este motivo. Debemos quitar su inscripción si no cumple con este requisito.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Podemos pedir a Medicare y Medicaid que finalicen su afiliación a nuestro plan por los siguientes motivos:

- Si deliberadamente nos proporciona información incorrecta al inscribirse con nosotros y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente exhibe una conducta conflictiva que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
  - Si su afiliación termina por este motivo, Medicare y/o Medicaid pueden hacer que el Inspector general investigue su caso. También es posible presentar cargos criminales y/o civiles.

---

## G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan debido a una causa relacionada con su salud, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debe comunicarse con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.

---

## H. Su derecho a presentar una reclamación si solicitamos a Medicare y Medicaid que terminen su afiliación a nuestro plan

Si pedimos a Medicare y a Medicaid que finalicen su afiliación a nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo presentar una reclamación acerca de nuestra solicitud de finalizar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, *Cómo presentar una reclamación*, para obtener información sobre eso.

---

## I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden finalizar su afiliación, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan a lo largo del *Manual del afiliado* junto con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra un término o si necesita más información sobre lo que incluye uno de ellos, comuníquese con Servicios para Afiliados.

**Actividades de la vida diaria:** Las cosas que las personas realizan en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Administrador de atención:** Una persona que trabaja con usted, con CareSource MyCare Ohio y con sus proveedores de atención para garantizar que reciba la atención que necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección C, *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, *Equipo médico permanente (DME)*)

**Área de servicio:** El área geográfica en la que nuestro plan de salud acepta afiliados con base en 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, *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 (LTSS) cubiertos por el plan*)

**Cuidados paliativos:** Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir de manera cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida como máximo. Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir recibir 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 médica futura en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Los ejemplos son el testamento vital y el poder para la atención médica. (Consulte el Capítulo 8, Sección H, *Su derecho a formar parte de las decisiones sobre su atención médica*)



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**Equipo de atención:** Médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarlo 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 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, *Ventajas de este plan*)

**Equipo médico permanente (DME):** Determinados artículos ordenados por su médico para uso en el hogar. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. (Consulte el Capítulo 3, Sección L, *Equipo médico permanente (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 3, Sección D, *Atención de 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, *Otra información que recibirá de nosotros*)

**Facturación incorrecta/inapropiada:** Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de afiliado a CareSource MyCare Ohio al obtener servicios o recetas. Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no comprende. (Consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*)

**Farmacias de la red:** Las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Use 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 ellas. Si no se trata de una emergencia, puede solicitarnos con antelación usar una farmacia fuera de la red. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *Otra información que recibirá de nosotros*)

**Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI):** Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de MyCare Ohio para obtener más información sobre cómo CareSource MyCare Ohio protege, usa y divulga su PHI, además de sus derechos en cuanto a su PHI. (Consulte el Capítulo 1, Sección K, *Cómo mantener actualizado su registro de afiliación*)

**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 C, *Límite en la cobertura de ciertos medicamentos*)

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** Una lista de medicamentos con receta cubiertos por el 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. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *Otra información que recibirá de nosotros*)



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**Medicaid:** 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, *Información sobre Medicare y Medicaid*)

**Medicamento necesario:** 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 (LTSS) cubiertos por el plan*)

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o fármaco que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica. (Consulte el Capítulo 5, Sección B, *Lista de medicamentos del 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, *Información sobre Medicare y Medicaid*)

**Medicare Original (Medicare tradicional o tarifa por servicio de Medicare):** El gobierno ofrece Medicare Original. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud. El Congreso define los montos de pago.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. El Medicare Original consta de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Medicare Original.
- Los medicamentos cubiertos que requieren la autorización previa del plan están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos.

**Niveles de medicamentos:** grupos de medicamentos en la Lista de medicamentos. Genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los tres (3) niveles. (Consulte el Capítulo 5, Sección B, *Lista de medicamentos del plan*)

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** Es una organización regional responsable por las apelaciones de miembros y las revisiones de la calidad de la atención. (Consulte el Capítulo 2, Sección E, *Cómo contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)*)

**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, *Su plan de atención*)



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).



**Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también llamado “Medicare Parte C” o “Planes MA” que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Plan Medicare-Medicaid:** Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención y equipos de atención para ayudarlo 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 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 para la atención médica. (Consulte el Capítulo 8, Sección H, *Su 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 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 médicos y proveedores de atención de la salud acerca de su cuidado y derivarle con ellos. (Consulte el Capítulo 3, Sección D, *Atención de proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*)

**Proveedores de la red:** Médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud a los que puede visitar por ser afiliado a nuestro plan. Los proveedores de la red también incluyen a 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, *Otra información que recibirá de nosotros*)

**Responsabilidad del paciente:** Este es el monto que debe pagar por sus servicios de atención a largo plazo mientras reside en un centro. (Consulte el Capítulo 4, Sección A, *Sus 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, *Información 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, quejas formales y apelaciones. (Consulte el Capítulo 2, Sección A, *Cómo comunicarse a Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio*)

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** Algunas veces se denominan servicios de exención; estos incluyen, por ejemplo, comidas entregadas 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 el Capítulo 3, Sección E, *Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)*)



**Si tiene preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

**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 recetado inicialmente. Esto se 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 suele designar un tutor es el tribunal testamentario 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 preguntas,** llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información,** visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

## Servicios para Afiliados de CareSource MyCare Ohio

<p><b>LLAME</b></p>	<p>1-855-475-3163</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Servicios para Afiliados también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.</p>
<p><b>POR TTY</b></p>	<p>1-800-750-0750 o 711</p> <p>Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
<p><b>ESCRIBA A</b></p>	<p>CareSource</p> <p>P.O. Box 8738</p> <p>Dayton, OH 45401-8738</p> <p>Envíe las apelaciones a:</p> <p>CareSource</p> <p>Attn: Member Appeals</p> <p>P.O. Box 1947</p> <p>Dayton, OH 45401</p>
<p><b>SITIO WEB</b></p>	<p>CareSource.com/MyCare</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.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>.



---

**Servicios para Afiliados**

1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711)

de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

**[CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare)**