

CareSource®
MyCare Ohio
(Plan Medicare-Medicaid)

2025 Manual del Afiliado


CareSource®



Manual del Afiliado a CareSource® MyCare Ohio

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

Su cobertura de salud y de 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 2025. Explica cómo recibir los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta, 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 lo ayudan a permanecer en su hogar, en lugar de concurrir a una residencia geriátrica u hospital. Los términos clave y sus definiciones se encuentran 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.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como impreso con letra grande, en braille o en audio. Llame al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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, comuníquese con Servicios para Afiliados. Nosotros guardaremos el registro de la solicitud. Para solicitar ayuda o si necesita modificar la solicitud, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **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.....	17
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios.....	28
Capítulo 4: Tabla de beneficios.....	52
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través del plan	114
Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid	136
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.....	142
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	147
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones).....	171
Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su afiliación a nuestro plan MyCare Ohio	231
Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes	240

Exenciones de responsabilidad

- ❖ Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a un intérprete, llámenos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Una persona que habla su idioma puede brindarle ayuda. Este es un servicio gratuito.
- ❖ CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.
- ❖ 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 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

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 proporciona.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Bienvenido a CareSource MyCare Ohio	6
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	6
B1. Medicare	6
B2. Medicaid	7
C. Ventajas de este plan	7
D. Área de servicio de CareSource MyCare Ohio	9
E. Qué lo hace elegible para ser un afiliado al plan	10
F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud	10
G. Su plan de atención.....	11
H. Prima mensual del plan CareSource MyCare Ohio	11
I. El <i>Manual del Afiliado</i>	12
J. Otra información importante que recibirá de nosotros	12
J1. Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio	12
J2. Carta para el afiliado nuevo	13
J3. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	13
J4. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	14
J5. <i>Suplemento del Manual del Afiliado</i> o “Manual para la exención”	14
J6. <i>La Explicación de los beneficios</i>	15



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

K. Cómo mantener actualizada la información de su registro de afiliación 15

 K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 16



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo y por otros proveedores. También cuenta con administradores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

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 33 años. Somos un plan de salud basado en la comunidad que comprende las necesidades diversas y sirve a más de 1.5 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).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

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 el Departamento de Medicaid de Ohio deben aprobar a 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 el Departamento de 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 con receta. **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.
- Contar con un equipo de atención que usted haya ayudado a conformar. Su equipo de atención puede estar compuesto por médicos, enfermeros/as, asesores u otros



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarle 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. Será un miembro de su equipo de atención.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de atención y del administrador de atención médica.
- 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 médicos y otros proveedores.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 condados de Ohio: Columbiana, Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain, Mahoning, Medina, Portage, Stark, Summit, Trumbull y Wayne.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **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. Consulte el Capítulo 8, Sección J, para obtener más información acerca de las consecuencias de mudarse fuera del área de servicio.

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 (no se considera que las personas encarceladas viven en el área geográfica incluso si están ubicadas físicamente en ella); **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**
- tiene 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 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

inscripción, dependiendo de su estado de salud. Recibirá una carta que le dirá quién es su administrador de atención médica. El administrador de atención, o un miembro del equipo de administración de la atención, se comunicará con usted 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 que usted quiera incluir. Puede hacerse desde su hogar o en un lugar de su elección, incluyendo el consultorio de un médico o por teléfono después de una estadía en el hospital. Se requiere una evaluación en el hogar para algunos afiliados.

Si CareSource MyCare Ohio es nuevo para usted, puede continuar visitando a los médicos 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.

Después del período de transición, deberá ver a los médicos 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, para obtener más información sobre cómo obtener atención. Servicios para Afiliados puede ayudarle a encontrar un proveedor de la red.

Si en la actualidad usted ve a un proveedor que no es un proveedor de la red o si ya le han aprobado o programado 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 normas 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 sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección D del Capítulo 9. También puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m.), de lunes a viernes, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

También puede pedir un *Manual del Afiliado* si llama a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. También puede consultar el *Manual del Afiliado* en **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 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante 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*, información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos* y una *Lista de equipo médico permanente*. 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 a 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>Member Name: <Cardholder Name></p> <p>Member ID #: <Cardholder ID#> <CareSource MyCare Ohio></p> <p>MMIS Number: <Medicaid Recipient ID#></p> <p>PCP Name: <PCP Name> PCP Phone: <PCP Phone></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CareSource Rx innovations Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN - <610014> RxPCN - <MEDDPRIME> RxGrp - <RXINN03></p> </div> <p style="text-align: center;">MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p style="text-align: center; font-size: small;"><H8452 001></p>	<p>IN AN EMERGENCY, CALL 9-1-1 OR GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM (ER) OR OTHER APPROPRIATE SETTING. If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice line.</p> <p>Member Services: <1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)></p> <p>Behavioral Health Crisis: <1-866-206-7861></p> <p>Care Management: <1-855-475-3163></p> <p>Eligibility Verification: <1-800-488-0134></p> <p>Pharmacy Help Desk: <1-800-416-3628></p> <p>Claims Inquiry: <1-800-488-0134></p> <p>Provider Questions: <1-800-488-0134></p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">24-Hour Nurse Advice: <1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)></p> <p>Website: <CareSource.com/MyCare></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">H8452_OH-MYC-M-2201460</p>
--	--



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare.**

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 para saber qué hacer si recibe 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.

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, incluso cuando se une por primera vez a nuestro plan (consulte la Sección F) y para ciertos servicios (consulte el Capítulo 3, Sección D).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso (o en formato electrónico) en cualquier momento llamando a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los directorios de proveedores y farmacias impresos solicitados se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **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, personal de enfermería y otros profesionales de la salud a los que puede ver por ser afiliado a nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería, y otros lugares que brinden servicios de salud contemplados en nuestro plan; y



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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 las facturas de los proveedores de la red, consulte el Capítulo 7, Sección A.

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.

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 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 sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en **CareSource.com/MyCare** o llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

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 domiciliar 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 resumen para ayudarle a entender y dar seguimiento a los pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits o EOB).

La EOB le indica el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que toma. El Capítulo 6, Sección A, le brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarle a dar seguimiento a su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible una EOB si la solicita. Para obtener una copia, 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.
- 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 pareja doméstica, 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 (NOTA: Usted no tiene la obligación de decirle al plan en qué estudios de investigación clínica tiene previsto participar, pero le recomendamos que lo haga).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Si tiene que ver 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 cambia alguna información, háganoslo saber llamando a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Para actualizar su información personal en línea, ingrese a **MyCareSource.com** o **CareSource.com/MyCare** y haga clic en *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 sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección D.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio.....	18
A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Afiliados	18
B. Cómo comunicarse con su administrador de atención médica	21
C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas.....	22
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería.....	22
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas	23
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual.....	23
E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	24
E1. Cuándo comunicarse con Livanta	24
F. Cómo comunicarse con Medicare	25
G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio	26
H. Cómo comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio	27



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

LLAME AL	<p>1-855-475-3163. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-833-711-4711 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 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
ESCRIBA A	<p>CareSource P.O. Box 8738 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 J . También puede escribir una carta si tiene preguntas, problemas, reclamaciones o apelaciones.</p>
SITIO WEB	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 identificación (ID) de afiliado.
- Para encontrar farmacias de la red
 - Esto incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 el Departamento de 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 D.
- 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 las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Para presentar reclamaciones sobre su atención médica y medicamentos



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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 (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la Sección E a continuación, página 24).
- 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).
- Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario que se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente a Medicaid. Llame al 1-800-324-8680 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita. Consulte la página 26 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 J.
- Para el pago de la atención médica o de los medicamentos por los que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que lo asistamos con un servicio por el que usted pagó o para pagar una factura que haya recibido, consulte el Capítulo 7, Sección A.
 - 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 D para obtener más información sobre las apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 son el 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 o los servicios de exención en caso de que resida en un centro de atención a largo plazo o esté inscrito en un programa de exención de servicios domiciliarios y basados en la comunidad (Home and Community-based Services, HCBS). 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 comunicación introductoria, conocerá a su administrador de atención médica y se le dará su información de contacto. Espere 24 horas antes de devolver la llamada. Si no puede comunicarse con su administrador de atención médica con el supervisor de su administrador de atención médica después de 24 horas, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Si desea cambiar de administrador de atención, usted, su familia, cuidador, tutor legal (persona nombrada por un tribunal) o representante autorizado pueden hacerlo si se comunican con el supervisor de su administrador de atención. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar el cambio.

LLAME AL	<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>
TTY	<p>1-833-711-4711 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>
ESCRIBA A	<p>CareSource P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738</p>
SITIO WEB	<p>CareSource.com/MyCare</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 ayudarle 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
- Obtener asistencia ante una crisis personal

LLAME AL	<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>
TTY	<p>1-833-711-4711 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

- Si tiene preguntas sobre su atención médica



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

Si llama a la Línea para crisis de salud conductual disponible las 24 horas, usted tiene acceso ilimitado para hablar con el personal de enfermería diplomado y experimentado a través de nuestro número gratuito. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada está disponible sin costo para usted. Nuestro personal de enfermería puede ayudarle a:

- Decidir cuándo es el momento indicado para atenderse por sí mismo, visitar al médico o acudir a una sala de emergencias
- Comunicarse con su administrador de atención médica
- Obtener asistencia ante una crisis personal

LLAME AL	<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>
TTY	<p>1-833-711-4711 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

- Si tiene preguntas acerca de los servicios de salud conductual
- Si tiene preguntas acerca de los servicios de trastorno por consumo de sustancias



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 médicos 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.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	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.
ESCRIBA A	10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

E1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Si tiene preguntas sobre su atención médica
 - 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, CORF) terminan demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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.

LLAME AL	<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>
TTY	<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>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda la información más actualizada sobre Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, residencias geriátricas, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para adultos mayores podría ayudarle a visitar este sitio web usando 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 con receta. 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 el Departamento de Medicaid de Ohio. Si usted tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio.

LLAME AL	1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. La Línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	7-1-1. 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.
ESCRIBA A	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town St., Suite 400 Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
SITIO WEB	www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare

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: ifs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 debe 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 ombudsman de MyCare Ohio trabaja en conjunto con la Oficina del Ombudsman de atención a largo plazo del estado, que defiende a los consumidores que reciben servicios y apoyo a largo plazo. El Ómbudsman de MyCare Ohio no está relacionado con nuestro plan, o con alguna compañía aseguradora o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita. El Ómbudsman de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	Servicio de relevo 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.
ESCRIBA A	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 246 N. High St., 1st Floor Columbus, Ohio 43215-2406
SITIO WEB	www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman Puede presentar una reclamación en línea en: aging.ohio.gov/Contact/ .



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 médica, 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 (DME). Los términos claves y sus definiciones se encuentran 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”.....	30
B. Reglas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan.....	30
C. Información acerca de su equipo de atención y su administrador de atención médica	32
C1. Qué es la administración de la atención.....	32
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica	33
C3. Cómo interactuar con su administrador de atención médica y su equipo de atención	33
C4. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica	33
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.....	34
D1. Atención de parte de un proveedor de atención primaria	34
D2. Atención de parte de especialistas y otros proveedores de la red.....	35
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan.....	36
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red.....	37
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	38



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual	38
G. Cómo obtener servicios de transporte	39
G1. Cómo obtener servicios de transporte	39
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando necesita atención médica de emergencia o de urgencia, o durante un desastre	41
H1. Atención cuando tiene una emergencia médica	41
H2. Atención médica necesaria de urgencia.....	44
H3. Atención durante un desastre	45
I. Qué hacer si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan	45
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	45
J. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	46
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	46
J2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica.....	47
J3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica	47
K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud	47
K1. Definición de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud	47
K2. Cómo obtener atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud	48
L. Equipo médico permanente (DME).....	48
L1. DME como un afiliado a nuestro plan	48
L2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	49
L3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan.....	50
L4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	50



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 con receta 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.

Proveedores: los médicos, 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 ve 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. Consulte el Capítulo 4, Sección A, para obtener más información.

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 con receta. Consulte el Capítulo 6, Sección C, para obtener más información.

B. Reglas para obtener 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 (long-term services and supports, LTSS).

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, 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

geriátrica. También significa que los servicios, los suministros, los equipos 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. A esto se le denomina autorización previa (prior authorization, PA). Consulte la tabla del Capítulo 4, Sección D, 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 ver a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de ver a un especialista o luego de realizar una visita al departamento de urgencias o de emergencias. Esto permite que su PCP administre su atención para obtener los mejores resultados.
 - Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la Sección D.
- **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 saber qué significa atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia, consulte la Sección H.
 - 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. *Usted debe obtener la autorización previa de CareSource MyCare Ohio antes de recibir dicha atención.* En esta situación, cubriremos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
 - 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 por parte de un proveedor fuera de la red antes



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

de y en el 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 se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a este por un período breve. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda continuar viendo 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, de este manual y su Carta para el afiliado nuevo.

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

Su equipo de atención es un grupo de personas que pueden ayudarle 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 atención médica de CareSource MyCare Ohio. Otros miembros del equipo de atención incluyen, entre otros:

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

Su administrador de atención médica le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Trabaja con su equipo de atención para garantizar que reciba la atención que necesita.

C1. Qué es la administración de la atención

Su administrador de atención médica le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Trabaja conjuntamente con su equipo de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita. Esto incluye la atención a largo plazo o los servicios de exención, en caso de que resida en un centro de atención a largo plazo o esté inscrito en un programa de exención de servicios domiciliarios y basados en la comunidad (Home and Community-based Services, HCBS) y de



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

servicios de salud conductual. El administrador de atención médica 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 médica. Con gusto lo ayudaremos. Todos los afiliados, incluso aquellos que reciben atención a largo plazo y/o servicios de exención, pueden acceder al representante del equipo de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de CareSource24. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

C3. Cómo interactuar con su administrador de atención médica 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 ayudarle 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 médica es un miembro clave de su equipo de atención. Se enfocará en integrar su atención para abordar todas sus necesidades. Fomentará su participación para que sus metas estén siempre en primer plano. Su administrador de atención médica 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 médica, usted, su familia, su cuidador, su tutor o representante autorizado pueden hacerlo durante las visitas en persona o comunicándose por teléfono con su administrador de atención médica. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar el cambio.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, 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) 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 ayudarle a encontrar un nuevo PCP que pertenezca a nuestra red.

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención médica. Su PCP se centrará en su atención preventiva, los controles y le brindará tratamiento relacionado con la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. 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 o su especialista creen que este debería ser su PCP, deben llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, para hablar al respecto.

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

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 nuestra herramienta **Encontrar un médico/proveedor**. También puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes para obtener ayuda. 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 expedientes 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 ya es un afiliado, puede hacerlo a través del portal para afiliados, My CareSource (consulte el Capítulo 1, Sección K). Tramitaremos su cambio en la fecha en que recibamos su solicitud. CareSource MyCare Ohio le enviará una nueva tarjeta de identificación de afiliado a CareSource para informarle que su PCP ha cambiado. 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:

- Los oncólogos 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 permite que su PCP administre 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

de especialistas u otros proveedores de la red y programar una cita usted mismo. Si no está seguro de qué tipo de proveedores ofrecen los servicios que usted necesita, hable con su administrador de atención médica.

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, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Si está viendo a un especialista, él o ella puede hablar con su PCP antes de programar cualquier servicio. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, 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.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea, que las terapias o el tratamiento necesarios desde el punto de vista médico que está recibiendo no se interrumpa.
- Le proporcionaremos información acerca de los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de planes.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, haremos los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

proporcione atención médica cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Recuerde que, en la mayoría de los casos, debe obtener la aprobación del plan antes de que pueda consultar a un proveedor. Consulte la Sección D4 a continuación para obtener información sobre cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red.

- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que, si la atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una reclamación. Consulte el Capítulo 9, Sección E, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes para obtener ayuda.

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 para:

- Servicios de emergencia o atención médica necesaria 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).
- Servicios de vida asistida/de exención o servicios en un centro de enfermería a largo plazo, si recibió estos servicios de un proveedor que no forma parte de la red o antes de convertirse en afiliado.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio por un período corto.
- Un proveedor fuera de la red que CareSource MyCare Ohio haya aprobado para que usted consulte durante o luego del período de transición de la atención.
- Servicios de especialidad que no están disponibles por parte de un proveedor de la red.

Durante un período de tiempo específico posterior a su inscripción en el programa de MyCare Ohio, a usted se le permite recibir los servicios de ciertos proveedores fuera de la red y/o dejar de recibir los servicios que Medicaid Ohio le autorizaba. Esto se denomina período de transición de la atención. Observe que el período de transición comienza el primer día en que usted queda 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Puede obtener más información sobre el período de transición en el Capítulo 1, Sección F. Si en la actualidad usted visita a un proveedor que no es un proveedor de la red, o si ya le han aprobado y/o programado servicios, es importante que llame a Servicios para Afiliados de manera inmediata (hoy o tan pronto como pueda), de modo que sea posible coordinar los servicios y, así evitar cualquier problema de facturación. Tenga en cuenta: Si usted visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.

Si usted ve 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 ve 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 actuar 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) local para llevar a cabo una evaluación y determinar si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Si ya tiene un proveedor de atención de 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 a su administrador de atención médica o a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en **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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Solo llame a nuestra línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

G. Cómo obtener servicios de transporte

CareSource MyCare Ohio ofrece servicios de transporte en ambulancia a lugares relacionados con la salud aprobados, si es necesario. 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 en el transporte, una persona que trabaje en su centro puede programar el transporte por usted sin costo adicional.

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 60 viajes de ida o vuelta.

G1. Cómo obtener servicios de transporte

- Para coordinar transporte, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- 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.
- Si no puede llamar 48 horas antes de su cita programada, CareSource de todos modos trabajará para coordinar cualquier necesidad urgente de transporte, que incluye, entre otras, visitas de atención de urgencia, altas hospitalarias y cualquier otra necesidad urgente de citas.
- Cubrimos hasta 60 viajes de ida o vuelta por afiliado por año calendario para cualquier cita de atención médica, cita para el programa Mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) o cita de redeterminación.

Lineamientos de transporte de CareSource MyCare Ohio

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

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

Responsabilidades del afiliado en cuanto al transporte

1. Los afiliados deben:
 - Llamar para organizar el transporte con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Saber la dirección completa del consultorio del proveedor de atención médica al que asiste.
 - 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 de afiliado a CareSource 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.

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 dos horas antes de la hora programada de recogida. Cada caso se revisa de forma individual.
3. 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 palabras obscenas (groserías), insultos o abuso verbal.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Amenazas de maltrato físico a la compañía de transporte, a los conductores o al personal de CareSource MyCare Ohio.

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

Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, 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, 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:



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- **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. No es necesario que vea a un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor una licencia estatal adecuada.
- Asegúrese de informarle al proveedor que usted es afiliado a CareSource MyCare Ohio. Muéstrelle al proveedor la tarjeta de identificación (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 emergencias. 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 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. El número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado a CareSource.

Servicios cubiertos durante una emergencia médica

Si necesita una ambulancia que lo lleve a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores que brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección está estable y la emergencia médica ha terminado. Lo seguirán tratando y se comunicarán con nosotros para planificar si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

Una vez que termina la emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento para garantizar su mejoría. Su atención médica de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si recibe 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. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, conseguiremos proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o con la Línea de suicidio y crisis al 988 o 911.

Algunos ejemplos de situaciones de salud conductual que pueden 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.
- 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, después de que el médico establezca que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional únicamente si:

- utiliza un proveedor dentro de la red, o



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

H2. Atención médica necesaria de urgencia

Definición de atención médica necesaria de urgencia

La atención médica necesaria de urgencia es atención que usted recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

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 ir a un centro de atención de urgencias, puede:

- Llamar a su PCP para que lo asesore. Podrá comunicarse con su PCP o con un médico sustituto las 24 horas del día, los 7 días de la semana; o
- Llame a CareSource24[®], nuestra línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas, al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**; o
- llame a Teladoc[®], nuestro proveedor de servicios de telesalud a pedido, al 1-800-TELADOC (835-2362), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o
- 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**. Luego de ir, siempre llame a su PCP para programar la atención de seguimiento.

Sin embargo, si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Nuestro plan no cubre la atención médica necesaria de urgencia ni cualquier otro tipo de atención médica que reciba 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**.

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, para saber qué debe hacer.**

II. 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), y
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

El Capítulo 9, Sección D, 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 derecho de apelación.

Pagaremos determinados servicios hasta un cierto límite. Si no cuenta con la PA 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 médicos tienen de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare típicamente pide voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, y usted expresa su interés, 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 decirnos ni 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. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en los estudios de determinación de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Le recomendamos que nos informe 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 médica deben ponerse en contacto con Servicios para Afiliados para informarnos que participará de un estudio clínico.

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 (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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

creencias religiosas, en su lugar le proporcionaremos la cobertura para recibir atención en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud.

Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos del cuidado de la salud).

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 del Capítulo 4, Sección D).

L. Equipo médico permanente (DME)

L1. DME como un afiliado a nuestro plan

El DME incluye determinados artículos indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo y suministros para 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 situaciones limitadas, 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.

L2. Propiedad del 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 2025*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo del sitio web de Medicare (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 pasar a ser propietario 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan

Si califica para que Medicare le cubra el equipo de oxígeno y está afiliado a nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubo y otros accesorios necesarios para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario o si deja nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a Medicare Original**, usted se lo alquilará al proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales del alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios antes indicados.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que lo alquile por 36 meses**:

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

Si el equipo de oxígeno continúa siendo necesario **cuando finaliza el período de 5 años**:

- El proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Se lo alquilará a un proveedor por 36 meses.
- El proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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.....	52
A1. Durante emergencias de salud pública	53
B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios	54
C. Tabla de beneficios de nuestro plan.....	54
D. Tabla de beneficios	56
D1. Visitas preventivas	56
D2. Servicios preventivos y evaluaciones de detección.....	58
D3. Otros servicios.....	65
E. Cómo acceder a los servicios cuando se encuentra fuera de casa o fuera del área de servicio.....	110
F. Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio.....	110
F1. Atención de hospicio	110
G. Beneficios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio, Medicare o Medicaid	111

A. Sus 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 conocer qué servicios no están cubiertos. La información acerca de los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5,



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Sección A, y la información sobre el monto que usted paga por los medicamentos se encuentra en el Capítulo 6, Sección C.

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. el Capítulo 3, Sección B, para obtener 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 usted contraiga 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, 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.

A1. Durante emergencias de salud pública

Durante las emergencias de salud pública, CareSource seguirá las pautas establecidas por el Departamento de Medicaid de Ohio y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. La cobertura y las flexibilidades relacionadas con la emergencia de salud pública se determinarán cuando se declare la emergencia de salud pública. Cualquier cobertura y flexibilidades relacionadas con la emergencia de salud pública dependen de la duración de la emergencia de salud pública. Para obtener información adicional puede comunicarse con Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

CareSource MyCare Ohio cubrirá todas las pruebas, los tratamientos y las vacunas contra la COVID-19 sin copagos.

Pruebas de COVID-19

Los lugares donde se llevan a cabo pruebas de COVID-19 se pueden encontrar en línea en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers.

Vacunación contra la COVID-19

El Departamento de Salud de Ohio tiene una herramienta de búsqueda que puede usar para encontrar un proveedor de vacunas. En el directorio puede buscar por condado y por código postal. Se muestran los proveedores que actualmente reciben envíos de vacunas contra la COVID-19. Puede conseguir información y ver los lugares de vacunación en vaccine.coronavirus.ohio.gov/ o llamando gratis al ODH al 833-427-5634.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

CareSource MyCare Ohio puede ayudarle a encontrar un lugar de pruebas o vacunación en su comunidad. También pueden ayudarle a programar citas y transporte a sus citas. Utilice la información que aparece en la parte inferior de la página para comunicarse con Servicios para Afiliados o la Línea directa de asesoría en enfermería de CareSource al 1-866-206-7861.

ODH brinda actualizaciones regulares sobre las fases de elegibilidad para la vacunación en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program.

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 es así, consulte el Capítulo 7, Sección A o llame a Servicios para Afiliados.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La siguiente Tabla de beneficios en la Sección D es una lista general de los servicios que cubre el plan. En esta 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 con su administrador de atención médica.

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 el Departamento de 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" 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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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 sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Para los nuevos afiliados, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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 tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y 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 médico u otro proveedor de la red obtienen primero la aprobación de nuestra parte. A esto se le denomina autorización previa (prior authorization, PA). 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 de si un servicio requiere PA, comuníquese con Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/oh/plans/MyCare/plan-documents**.
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura, su antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor tratante.

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.

Tabla de beneficios



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

D. Tabla de beneficios

D1. Visitas preventivas

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Control anual</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>Nota: 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>Visita “Bienvenido a Medicare”</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"> • una revisión de su condición de salud, • educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso exámenes de detección y vacunas), y • derivaciones para otro tipo de atención, si lo necesita. 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Control de niño sano (también conocido como Healthchek)</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 oftalmológicos, exámenes odontológicos, exámenes auditivos, exámenes de nutrición, exámenes de desarrollo, pruebas de plomo, si corresponde.</p> <p>La atención médica de seguimiento necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otro tipo de problemas o cuestiones de salud detectados durante la evaluación incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a un proveedor de atención primaria, un especialista, un dentista, un optometrista y otros proveedores de CareSource para diagnosticar y tratar problemas. • Atención hospitalaria de pacientes internados y ambulatorios • Consultas clínicas • Medicamentos con receta • Todos los servicios cubiertos de Healthchek se proporcionan sin costo hasta los 21 años. • El transporte hacia y desde los proveedores y asistencia con la programación de visitas de salud están disponibles. 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

D2. Servicios preventivos y evaluaciones

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>El plan cubre los monitoreos por ultrasonido de aneurisma de aorta abdominal, si usted corre un riesgo.</p>	<p>Se considera que usted está en riesgo si tiene antecedentes familiares de aneurismas de aorta abdominal o si es hombre, tiene entre 65 y 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.</p>
<p>Monitoreo y asesoría por consumo indebido de alcohol</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>Monitoreo de cáncer de seno</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o mayores. • Las mujeres menores de 35 años que corran un riesgo alto de desarrollar cáncer de seno también pueden ser elegibles para las mamografías. • Exámenes clínicos de seno anuales. 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardíacas)</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"> • hablarle sobre el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, o • brindarle consejos para asegurarse de que usted está alimentándose bien. 	
<p>Prueba de enfermedad cardiovascular (del corazón)</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>Monitoreo de cáncer cervical y vaginal</p> <p>El plan cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Evaluación de detección de cáncer colorrectal

El plan pagará los siguientes servicios:

- La colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de haberles hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que tienen alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Evaluaciones de detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses.
- ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que tienen alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.
- El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y de 45 años en adelante. Una vez al menos 48 meses después de la última evaluación de detección de enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección.

Las evaluaciones de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Asesoría e intervenciones para dejar de fumar o usar tabaco</p> <p>El plan cubre la asesoría y las intervenciones para dejar de fumar.</p>	
<p>Prueba de detección de la depresión</p> <p>El plan cubre el monitoreo de la depresión.</p>	
<p>Prueba de detección de la diabetes</p> <p>El plan cubre el monitoreo de la 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, antecedentes familiares de diabetes o antecedentes de altas concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre.</p> <p>Puede calificar para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses posteriores a la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	
<p>Monitoreo de VIH</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>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Inmunizaciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas para menores de 21 años. • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una en cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, y vacunas adicionales si se las considera médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si presenta un riesgo y si estas cumplen las reglas de cobertura de Medicaid o de la Parte B de Medicare. • Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información. 	
<p>Evaluación de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará una evaluación de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una visita de asesoría y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado por lo menos un paquete por día durante los últimos 20 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. <p>Después de la primera evaluación, el plan pagará por un nueva evaluación cada año con una orden escrita de su médico y otro proveedor calificado.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarle a incrementar su conducta saludable. Brinda capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios a largo plazo en la dieta, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. <p>Este programa brinda herramientas a los pacientes con prediabetes para que se hagan cargo de su salud y bienestar. Los participantes se reúnen en grupos con un consejero de estilo de vida durante 16 sesiones semanales y de 6 a 8 sesiones mensuales de seguimiento. Estas no son clases de ejercicios. En estas sesiones, los pacientes aprender formas de incorporar una alimentación más saludable y actividad física moderada, además de habilidades de resolución de problemas, reducción del estrés y afrontamiento en sus vidas diarias.</p> <p>Para obtener más información sobre el MDPP, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) o a su administrador de atención médica para obtener más información.</p>	
<p>Monitoreo de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso</p> <p>El plan cubre la asesoría para ayudarle a perder peso.</p>	
<p>Evaluación de detección de cáncer de próstata</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Monitoreo y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>El plan cubre el monitoreo de infecciones de transmisión sexual, incluidas, 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

D3. Otros servicios

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Acupuntura</p> <p>El plan cubre tratamiento de acupuntura para el manejo de los dolores de cabeza, dolor en la parte baja de la espalda, dolor de cuello, osteoartritis de la cadera o rodilla, náuseas o vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia, y dolor posoperatorio agudo.</p> <p>El plan también pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de más de 12 semanas de duración; • no específico (sin causa sistémica identificada, por ejemplo, no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda si usted muestra mejoría. Usted no puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura por año para el dolor crónico en la parte baja de la espalda.</p> <p>Los tratamientos con acupuntura para el dolor lumbar crónico deben interrumpirse si no muestra mejoras o si empeora.</p>	<p>Se requiere autorización previa para más de 30 visitas de acupuntura por año.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de ambulancia o de camioneta con acceso para sillas de ruedas</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). 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 poner en riesgo su vida o, en el caso de estar embarazada, 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 con acceso para sillas de ruedas tienen cobertura si se consideran médicamente necesarios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para transporte aéreo y terrestre que no sea de emergencia.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Este plan cubre hasta un examen físico por año.</p>	
<p>Servicios quiroprácticos.</p> <p>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones y exámenes. • Radiografías de diagnóstico. • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios odontológicos</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen bucal completo (uno por relación entre proveedor y paciente) • examen bucal periódico • servicios preventivos, que incluyen tratamiento con flúor para afiliados menores de 21 años, profilaxis (limpieza dental), selladores y espaciadores • radiografías/Imágenes diagnósticas de rutina • servicios odontológicos completos que incluyen servicios de diagnóstico no convencional, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de prótesis maxilofaciales, de implantes, de ortodoncia y quirúrgicos. <p>Cubrimos algunos servicios odontológicos cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico para la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de fractura o lesión, extracciones dentales en preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante renal.</p>	<p>Los exámenes bucales periódicos, la profilaxis (limpieza dental), radiografías dentales y flúor una vez cada 180 días.</p> <p>Pueden aplicarse ciertas restricciones.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para personas diabéticas</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"> • capacitación sobre cómo manejar su diabetes, en algunos casos • suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones para el control de la glucosa para corroborar la precisión de las tiras de prueba y los monitores • para personas diabéticas con enfermedad grave del pie diabético: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos a medida (incluye las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con los zapatos) <p>El plan también cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos de profundidad.</p>	<p>Los suministros para la diabetes están limitados a los siguientes fabricantes:</p> <p>Tiras reactivas y medidores de glucosa: Productos Abbott y Lifescan.</p> <p>Monitores de glucosa continuos (CGM): Abbott FreeStyle and Dexcom.</p> <p>La autorización previa se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Equipo médico permanente (DME) y suministros relacionados</p> <p>Los equipos médicos permanentes (durable medical equipment, DME) cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchón eléctrico • suministros para la diabetes • camas de hospital indicadas por un proveedor para uso domiciliario • bombas de infusión intravenosa (IV) • dispositivos de generación del habla • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastones • sillas retrete <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>La autorización previa se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención médica de emergencia (consulte también “atención médica necesaria de urgencia”)</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporciona un proveedor calificado para brindar atención médica de emergencia, y • son necesarios para tratar una emergencia médica. <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"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <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 su administrador de atención médica 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de planificación familiar.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio para planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (píldoras, parches y anillos anticonceptivos, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes) • suministros para la planificación familiar (preservativos, esponja, espuma, película soluble, diafragma, capuchón cervical). • asesoría y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoría y análisis para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • 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). • detección, diagnóstico y asesoría sobre anomalías genéticas y/o trastornos metabólicos hereditarios • tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada) <p>Nota: 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>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Centros de salud calificados a nivel federal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en los Centros de salud calificados a nivel federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas al consultorio para recibir atención primaria y servicios de especialistas • servicios de fisioterapia • servicios de patología del habla y de audiolología • servicios odontológicos • servicios de podiatría • servicios de optometría y/o de óptica • servicios quiroprácticos • servicios de transporte • servicios de salud mental <p>Nota: Puede obtener los servicios de un Centro de salud calificado a nivel federal que participa o no participa de la red.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>
<p>Asignación de Healthy Benefits+™</p> <p>La tarjeta de débito Healthy Benefits+ proporciona hasta \$500 al año para servicios y accesorios dentales, de la vista y la audición complementarios, cuando se reciben en ubicaciones elegibles.</p> <p>Los montos que no se utilicen vencerán al final del año.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios y suministros para la audición</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • audífonos, baterías y accesorios (incluye la reparación y/o el reemplazo) <ul style="list-style-type: none"> ○ los audífonos convencionales tienen cobertura una vez cada 4 años ○ los audífonos digitales/programables tienen cobertura una sola vez cada 5 años 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de atención para adultos en centros de día • servicio de comidas alternativas • servicios de vida asistida • asistente para la atención domiciliaria de Choice • servicios de tareas domésticas • integración comunitaria • transición comunitaria • servicios mejorados para la vida en comunidad • asistente para la atención domiciliaria • comidas con reparto a domicilio • equipos médicos de uso domiciliario y servicios de dispositivos de adaptación y de asistencia complementarios • modificación, mantenimiento y reparación del hogar • servicios de ama de llaves • asistencia para la vida independiente • surtidor de medicamentos • recordatorio de medicamentos • consulta sobre nutrición • servicios de atención de relevo fuera del domicilio • servicios de asistencia de cuidados personales • servicios de respuesta de emergencias personales • control de plagas <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Estos servicios están disponibles solo si el Departamento de 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 determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Los servicios de vida asistida están limitados a una unidad por día calendario con un máximo de responsabilidad para el paciente de \$943.</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>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • asesoría de un trabajador social • servicios de enfermería de exención • servicios de transporte de exención <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Transición comunitaria: este servicio únicamente está disponible si no puede cubrir tales gastos o cuando los servicios no se pueden obtener de otras fuentes. Los servicios de transición comunitaria no incluyen gastos de hipoteca o alquiler, alimentos, cargos de servicios públicos regulares, y/o electrodomésticos o artículos para el hogar que solo tienen propósitos recreativos o de distracción. Puede usar este 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 transición comunitaria solo están disponibles una vez por inscripción en la exención.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación).</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Los servicios de respuesta en emergencias (Emergency Response Services, ERS) no incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo que le conecta directamente con el 911. • Equipos como alarma sectorizada o cualquier otro equipo o suministro, independientemente de que el equipo esté conectado al equipo de los ERS. • Servicios de monitoreo remoto. • Servicios realizados que superen lo que está aprobado por su plan de servicios de exención.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Equipo nuevo o reparación de equipo aprobado previamente que ha sido dañado como resultado de mal uso, abuso o negligencia confirmados. Los ERS y los proveedores de dichos servicios deben ser identificados en el plan de servicios de exención. <p>Equipos médicos de uso domiciliario y dispositivos de adaptación y de asistencia complementarios: los servicios de dispositivos no deben exceder un total combinado de \$10,000 en un año calendario por persona.</p> <p>Modificaciones en el hogar, equipo de adaptación suplementario y mantenimiento y reparación del hogar: hasta \$10,000 por cada servicio.</p> <p>La autorización previa se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de atención médica en el hogar</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de asistencia y/o de enfermería domiciliarios • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios de enfermería privada (también pueden ser proporcionados por un proveedor independiente) • terapia de infusión domiciliaria para la administración de medicamentos, nutrientes o de otras soluciones por vía intravenosa o enteral • servicios de atención médica y sociales • equipo y suministros médicos 	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como los medicamentos o sustancias biológicas administrados a través de una vena o aplicados debajo de la piel que usted recibe en su domicilio. Los siguientes son necesarios para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina • equipos, por ejemplo, una bomba; y • suministros, por ejemplo, un tubo o catéter <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención médica • capacitación y educación del afiliado que todavía no está incluido en el beneficio de los DME • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para el suministro de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos para la infusión en el hogar de parte de un proveedor calificado de terapia por infusión en el hogar 	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio 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. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico de hospicio 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 hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo de corto plazo • atención domiciliaria • atención en centros de enfermería <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos de la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios que cubre CareSource MyCare Ohio, pero que no tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de CareSource MyCare Ohio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>El hospicio es un beneficio de Medicare que la Parte A de Medicare Original paga cuando usted cumple criterios específicos, que incluyen que su médico certifique que tiene una enfermedad terminal, usted acepta cuidados paliativos en lugar de atención para curar su enfermedad y firma una declaración en la que elige el cuidado de hospicio en lugar de otros beneficios cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal. Si elige usar los servicios de hospicio mientras vive en una residencia geriátrica, su beneficio de Medicare MyCare pagará esos servicios.</p> <p>Además, usted puede ser responsable de pagar una obligación como paciente durante su estadía en un hospicio mientras está en un centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado le dirá si tiene que pagar una obligación como paciente.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p>Nota: Excepto por la atención médica de emergencia/la atención médica necesaria de urgencia, si necesita atención que no es de hospicio, debe llamar a su administrador de atención médica para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio consiste en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. Si no sabe cómo comunicarse con su administrador de atención médica, llame a Servicios para Afiliados.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad en etapa terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>
<p>Servicios de salud conductual para pacientes internados</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico privado o público independiente o en un hospital general <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. • atención para desintoxicación de pacientes internados 	<p>Se requiere autorización previa para todos los servicios de salud conductual para pacientes internados y algunos servicios residenciales en el caso de trastorno por uso de sustancias.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o una habitación privada si fuese médicamente necesario) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • fármacos y medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital • servicios de sala quirúrgica y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias • sangre: incluye la conservación y la administración • servicios proporcionados por médicos/proveedores • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, e intestino/multivisceral. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Se necesita autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</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>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.</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"> • servicios del médico • pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio • radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos materiales y servicios del técnico • vendajes quirúrgicos • cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Se necesita autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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"> ○ reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o ○ reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • soportes para 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. • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar decisiones correctas respecto de su atención médica • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, Sección B, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o esté inaccesible temporalmente • tratamientos de diálisis como paciente internado (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial) • capacitación para autoadministrarse diálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • equipo y suministros para diálisis en el hogar • ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, para ayudarle en situaciones de emergencia, y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua, en el caso de ser necesario) <p>Nota: Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	
<p>Beneficio de comidas</p> <p>El beneficio de comidas no cubierto por Medicare proporciona un máximo de 2 comidas por día durante 14 días luego de una estadía para observación o como paciente internado.</p>	Solo para afiliados a Community Well



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de nutrición médica</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 indica 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>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</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"> • 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 médico, servicios como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio • insulina suministrada a través de un equipo médico permanente (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que tome usando un equipo médico permanente (por ejemplo, nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se autoadministran por medio de inyecciones si tiene hemofilia • medicamentos inmunosupresores/de trasplante: Medicare cubre la terapia de medicamentos de trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Si la Parte B de Medicare no los cubre, Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores. • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Se requiere autorización previa o terapia escalonada.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos contra el cáncer oral disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales antináuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • Algunos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina (cuando se considere necesario desde el punto de vista médico) y anestésicos de uso tópico • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa y sonda) <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunológica primaria. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: CareSource.com/oh/plans/mycare/plan-documents</p> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5, Sección A, explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir obtener los medicamentos cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6, Sección C, explica qué debe pagar por sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desintoxicación ambulatoria • evaluación • manejo de casos • asesoría • intervención en crisis • servicios intensivos para paciente ambulatorio • análisis de detección de abuso de alcohol/drogas y uroanálisis • servicio médico/de enfermedades somáticas • administración de metadona • medicamentos para el tratamiento de adicciones administrados en el consultorio, incluyendo el vivitrol e inducción a buprenorfina • hospitalización parcial <p>Consulte “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” para información adicional.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias en centros de salud mental comunitarios</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación de salud mental/evaluación de diagnóstico psiquiátrico • Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) • Tratamiento intensivo basado en el hogar (Intensive Home Based Treatment, IHBT) • Detección, intervención breve y derivación para tratamiento (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment, SBIRT) • evaluación psicológica • Servicios terapéuticos para la conducta (Therapeutic Behavioral Services, TBS). • rehabilitación psicosocial • Servicios de tratamiento psiquiátrico con apoyo de la comunidad (Community psychiatric supportive treatment o CPST) • asesoría y terapia • intervención en crisis • tratamiento farmacológico • ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio • internación parcial por trastornos por uso de sustancias únicamente <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 intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia. Consulte “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” para información adicional.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Centros de enfermería y de enfermería especializada (SNF).</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada, o una habitación privada si fuese médicamente necesario • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica, incluyendo sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación • sangre: incluye la conservación y la administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • análisis de laboratorio administrados por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería • equipo médico permanente, como sillas de ruedas, generalmente suministrado por centros de enfermería • servicios proporcionados por médicos/proveedores <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"> • 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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<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 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.</p> <p>Cuando Medicaid cubre su atención, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos. Sin embargo, es posible que deba pagar la “obligación como paciente”. La obligación como paciente es un costo que usted tiene que pagar por algunos servicios de atención a largo plazo.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <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"> • 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) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted recibe el alta del hospital <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Los servicios adicionales que pueden estar sujetos a la responsabilidad como paciente incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estada en una institución médica. • Estada en un centro de atención a largo plazo. • Estada en un centro de vida asistida. • Tiene servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad. <p>Su obligación como paciente para un mes depende de sus ingresos. Hay deducciones que pueden disminuir su obligación como paciente. El trabajador de casos del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado le dirá si sus ingresos indican que usted debe pagar este costo.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p>	<p>El monto de la obligación del paciente será el mismo todos los meses. Solo cambiará si hay una actualización repentina en sus ingresos o deducciones.</p> <p>No pagará una obligación como paciente por los días cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios de enfermería y de centros de enfermería especializada requieren autorización previa.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de consumo • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos • asesoramiento para trastornos por uso de sustancias • terapias individuales y grupales • pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (examen de toxicología) 	<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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan cubre los servicios para la salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico o psiquiatra autorizado por el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un consejero profesional con licencia (LPC), • un terapeuta de pareja y familiar con licencia (LMFT), • un enfermero profesional (NP), • un asistente médico, o • cualquier otro profesional de atención médica mental calificado, según lo permitido por las leyes estatales vigentes. <p>El plan cubre los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios en hospital general. • Servicios terapéuticos para la conducta (Therapeutic Behavioral Services, TBS). • Servicios de rehabilitación psicosocial. <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluaciones y pruebas. ○ Administración de farmacia y visitas al consultorio. ○ Asesoría individual y grupal. ○ Intervención en crisis <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado por un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud certificado a nivel federal o una clínica de salud rural; que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</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"> ● 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"> ○ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si usted necesita que lo admitan en el hospital como "paciente internado". ○ A veces puede permanecer en el hospital durante la noche, y aun así seguiría siendo un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre cómo ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ● el plan cubre la cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros de salud hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios ● quimioterapia ● análisis de diagnóstico y laboratorio (por ejemplo, uroanálisis) ● 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 <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico por imágenes (por ejemplo, radiografías, tomografía computada (CT), resonancia magnética por imágenes (MRI)) • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo los materiales y suministros del técnico • sangre: incluye la conservación y la administración • suministros médicos, como cabestrillos y yesos • exámenes de detección preventivos y servicios que figuren en la tabla de beneficios • algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo 	
<p>beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$100 cada trimestre (cada tres meses) para comprar diversos artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) por correo o en tiendas en línea y tiendas minoristas seleccionadas.</p> <p>Los montos no utilizados se transfieren al siguiente trimestre y vencerán al final del año.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en hospital o a través de un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Lo puede ayudar a evitar que permanezca en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado por un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud certificado a nivel federal o una clínica de salud rural; que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de cirugía o de atención médica en lugares como un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o un departamento ambulatorio de hospital • consultas, diagnósticos y tratamiento por un especialista • determinados servicios de telesalud adicionales, incluidos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia de nutrición médica ○ asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco ○ evaluación diagnóstica psiquiátrica ○ visita en consultorio u otra visita ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo • Teladoc® disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-TELADOC (835-2362) o visite www.Teladoc.com/MyCareOhio • 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. • 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 style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) para realizarle diálisis domiciliaria 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. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o trastorno concomitante de salud mental. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud ○ usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ se pueden hacer excepciones a lo anterior para determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud certificados a nivel federal. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico por 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los 7 días anteriores y ○ el control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible. • la evaluación de videos y/o imágenes que le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los 7 días anteriores y ○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible. • consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o registros electrónicos de salud si no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • atención odontológica no rutinaria Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas; ○ ajuste de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales; ○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico; o ○ servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico. 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>servicios de podiatría</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • atención de rutina de los pies para afiliados con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes 	
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o parte de un miembro o de una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos ortopédicos y prótesis • bolsas de colostomía y materiales relacionados con la atención de la colostomía • marcapasos • soportes • zapatos ortopédicos • piernas y brazos artificiales • prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico luego de una mastectomía) • dispositivos dentales <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 “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección en la página 109 para obtener más información.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. ○ 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 (comprehensive outpatient rehabilitation, CORF) y otros centros de salud. • servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoría para ciertas afecciones. ○ El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. • servicios de rehabilitación pulmonar <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan cubre los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC de moderada a muy grave. 	<p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Clínicas de salud rurales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en las Clínicas de salud rurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas al consultorio para recibir atención primaria y servicios de especialistas • psicólogo clínico • trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales • servicios de visitas de enfermería en ciertas situaciones <p>Nota: 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de servicios de recuperación especializados (SRS)</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"> • Administración de servicios de recuperación. Los administradores de servicios de recuperación trabajarán con usted para: <ul style="list-style-type: none"> ○ desarrollar un plan de atención centrado en la persona que refleje sus metas personales y los resultados deseados, ○ controlar regularmente su plan mediante reuniones regulares, y ○ proporcionar información y derivaciones. • Apoyo y colocación personal - Empleo asistido (IPS-SE) - Los servicios de empleo asistido pueden: <ul style="list-style-type: none"> ○ ayudarle a encontrar un trabajo en el que le interesa trabajar, ○ evaluar sus intereses, habilidades y experiencia que se relacionen con sus metas laborales, y ○ brindar apoyo continuo para ayudarle a mantenerse empleado. • Apoyo de pares para la recuperación: <ul style="list-style-type: none"> ○ los integrantes del apoyo de pares para la recuperación utilizan sus propias experiencias con trastornos de salud mental y por uso de sustancias para ayudarle a alcanzar sus metas de recuperación, y ○ 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. <p>La relación con sus pares puede ayudarle a concentrarse en estrategias y en 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 pondrá en contacto 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 en 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El plan pagará por la Terapia de ejercicios supervisados (Supervised exercise therapy, SET) para afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD). El plan pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • en un entorno de atención ambulatoria o en el consultorio de un médico • proporcionado por personal calificado que garantice que los beneficios excedan el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • administrado bajo la 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 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Transporte para servicios que no se consideran emergencia (consulte también “Servicios en ambulancias y vehículo con acceso para silla de ruedas”).</p> <p>CareSource MyCare Ohio ofrece servicios adicionales de transporte, si correspondiera. Los lugares aprobados por el plan incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cualquier visita de atención médica • programa de Mujeres, bebés y Niños (WIC) • citas de redeterminación • farmacia • gimnasio • supermercado <p>Para coordinar el transporte, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 en el 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>Nota: 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>Hasta 60 viajes de ida o 30 viajes de ida y vuelta por afiliado por año calendario.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención médica necesaria de urgencia</p> <p>La atención médica necesaria de urgencia es atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. <p>Si usted necesita atención médica necesaria de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección nunca antes vista, pero no se trata de una emergencia médica).</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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención oftalmológica</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen integral de los ojos, un marco completo y un par de lentes (lentes de contacto, si fuera médicamente necesario) están cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> ○ por período de 12 meses para afiliados menores de 21 años y mayores de 59 años de edad; ○ ○ por un período de 24 meses para los afiliados de entre 21 y 59 años. • capacitación sobre la visión • servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, que incluye, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes oftalmológicos anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. ○ 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. ○ 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). 	



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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) 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, al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Podemos ayudarle a decidir qué hacer.

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

Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio 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. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 hospicio.

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

- El proveedor de hospicio 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.

Por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que no se relacionan con su diagnóstico terminal:

- 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 por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F.

Nota: Si necesita cuidados que no son de hospicio, debe llamar a su administrador de atención médica para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio consiste en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. Comuníquese con su administrador de atención médica 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. Incluso si no recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si usted cree que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 indique 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, Sección J, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- 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 (incluye pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, rendimiento mental y contra el envejecimiento), 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 un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que coincidan.
- 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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.
- 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención médica, llame al **1-866-206-7861**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 con receta 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 encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

CareSource MyCare Ohio también cubre los siguientes medicamentos, si bien no se tratarán 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.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla las reglas que se incluyen en esta sección.

1. Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor.
2. Su médico o profesional que receta no debe figurar en las listas de Exclusión ni de Preclusión de Medicare.
3. Por lo general, deberá usar los servicios de una farmacia de la red para surtir su receta. O puede surtir su receta a través del sistema de servicios para pedido por correo del plan.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.



4. El medicamento con receta debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” en forma abreviada. (Consulte la Sección B de este capítulo.)
- Si no está en la *Lista de medicamentos*, tal vez podamos cubrirlo dándole haciendo una excepción.
 - Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F, para aprender sobre cómo solicitar una excepción.

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.

Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C de este capítulo.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....	117
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	117
A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para surtir una receta	117
A3. Qué hacer si cambia la receta a otra farmacia de la red.....	117
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.....	117
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	118
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	118
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	120
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	121
B. Lista de medicamentos <i>del plan</i>	121
B1. Medicamentos en la <i>Lista de medicamentos</i>	122
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i>	122
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de medicamentos</i>	123
B4. Niveles de la <i>Lista de medicamentos</i>	124



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

C. Límites sobre determinados medicamentos	124
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	126
D1. Cómo obtener un suministro temporal	126
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	129
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	132
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan	132
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	132
F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare.....	132
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	133
G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos en forma segura	133
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	133
G3. Programa para el manejo de medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides en forma segura	134



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 se surten 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 usar cualquiera de las farmacias de nuestra 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 identificación (ID) de afiliado para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan por sus medicamentos con receta 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 identificación (ID) de afiliado cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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 de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir de nuevo su receta, puede solicitar que un proveedor le prescriba una nueva receta o que su farmacia se la transfiera a la nueva farmacia, en caso de que esta todavía la pueda surtir.

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

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, comunicarse 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.
- 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 de este centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red o tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Las farmacias que expenden medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food & Drug Administration, FDA) a determinados lugares o que requieran una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debe suceder rara vez).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, 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 pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proporcionan a través de los servicios de pedido por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles gracias a estos servicios están marcados como “MO” (del inglés mail-order drug) en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedido 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 102 días. Un suministro de 102 días tiene el mismo copago que el suministro de un mes.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Express Scripts® al 1-800-354-3903.

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 en un plazo de 10 días, por favor llame a Express Scripts al 1-800-354-3903 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 más información acerca de los pedidos por correo, visite nuestro sitio en **CareSource.com/MyCare** o llame a Express Scripts al 1-800-354-3903 o a Servicios para Afiliados.

Procesos para los pedidos por correo

El servicio de pedido por correo tiene distintos procedimientos para las recetas nuevas que usted envía, las recetas nuevas que llegan directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de recetas que solicite a través de pedido por correo:

1. Recetas nuevas que la farmacia reciba de usted

La farmacia surtirá automáticamente y entregará las nuevas recetas que usted le envíe.

2. Nuevas recetas que la farmacia reciba 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:

- ha utilizado los servicios de pedido 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. Usted puede pedir una entrega automática de todas sus recetas nuevas ahora o en cualquier momento si se comunica con Express Scripts al 1-800-354-3903.

Si utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y entregue automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts al 1-800-354-3903.

Si nunca utilizó el servicio de pedido por correo o decide suspender el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

nueva de parte de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta el medicamento y se le envíe inmediatamente.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se realice el envío.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta e impedir demoras en el envío.

Para finalizar con las entregas automáticas de recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts al 1-800-354-3903.

3. Resurtidos de recetas a través 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 que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los próximos resurtidos que se hayan programado en caso de que ya tenga suficientes medicamentos o haya cambiado de medicamento.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su siguiente pedido se le envíe a tiempo.

Para no participar en el programa que automáticamente prepara los pedidos de los resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts al 1-800-354-3903.

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 se comunice. Puede llamar a la farmacia de pedidos por correo al 1-800-354-3903 para averiguar qué opción es la mejor para usted e informarles lo que 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 aquellos que usted toma en forma regular, para tratar una afección médica crónica o a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 102 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 A6 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. En estas situaciones, consulte primero con Servicios para Afiliados para comprobar si existe una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

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

Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su receta, consulte el Capítulo 7, Sección A.

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 médicos 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 que se encuentre en la *Lista de medicamentos* del plan, siempre que siga las reglas que se explican en este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos*

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

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos clásicos. En la *Lista de medicamento*, cuando decimos “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, es posible que puedan sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Consulte el **Capítulo 11** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta 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 actualizada que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **CareSource.com/MyCare**. La *Lista de medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en www.caresource.com/oh/members/tools-resources/find-my-prescriptions/mycare o llame a su administrador de atención médica o a Servicios para Afiliados. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma enfermedad.

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 F).

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 médico 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:



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- medicamentos para favorecer la fertilidad
- medicamentos con fines cosméticos o para favorecer 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 fabricante de tales medicamentos indica 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 principalmente medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca (nivel inferior). Este es el nivel más bajo.
- El Nivel 2 incluye principalmente medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye medicamentos cubiertos por Medicare y medicamentos de venta libre (OTC). Este es el nivel más alto.

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

En el Capítulo 6, Sección C, se indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites sobre determinados medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 F.

1. **Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando se encuentre disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable**

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.

- Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando una versión genérica esté disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará en su caso, o ha escrito “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca o producto biológico original, o nos ha indicado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original.

2. **Cómo obtener aprobación previa del plan**

Para algunos medicamentos, usted u otro profesional que receta, deben obtener una aprobación de CareSource MyCare Ohio antes de hacer surtir la receta. A esto se le denomina autorización previa (PA). Si usted no obtiene la aprobación, es posible que CareSource MyCare Ohio 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 muestra los resultados esperados, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. A esto se le denomina terapia escalonada.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

4. Límites de cantidad del medicamento

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**.

D. Motivos por los que su medicamento podría 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, Sección C, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su profesional que receta tal vez deseen solicitarnos una excepción a la regla.

Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

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, deberá cumplir con las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la *Lista de medicamentos del plan*, o



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- nunca estuvo en la *Lista de medicamentos del plan*, o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe encontrarse 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 el medicamento recetado en pequeñas cantidades cada vez para evitar 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 el medicamento recetado en pequeñas cantidades cada vez para evitar 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 se añade al suministro temporal anterior.
 - Si ocurre un cambio en su atención médica, también es elegible para un suministro temporal para garantizar que pueda continuar con sus medicamentos necesarios en todos los entornos de atención médica. Esto se denomina cambio de nivel de atención y sucede cuando le dan de alta de un hospital o cuando se traslada hacia o desde un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Si se traslada de un centro de atención a largo plazo u hospital y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos para cubrir un suministro de hasta un máximo de 30 días.
- Si se traslada de su hogar o un hospital a un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos para cubrir un suministro de hasta un máximo de 31 días.
- Para solicitar un suministro temporal 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.

O BIEN

- 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, puede ayudarle a pedir la excepción.

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

- 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.
- Responderemos su solicitud para una excepción dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que prescriba sus recetas).

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

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 autorización previa (PA) o aprobación para un medicamento. (Una PA es un permiso de CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado “límites a la cantidad del medicamento”).
- 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 que se aplican a 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.

¿Qué pasa si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

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** o
- llamar a Servicios para Afiliados para consultar la *Lista de medicamentos* al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año actual del plan

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 nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico que es tan eficaz como un medicamento de marca o un medicamento de producto biológico original que actualmente se encuentra en la *Lista de medicamentos*. 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 límites 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.
 - 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 sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Retiro de 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 eficaz, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de haber efectuado el cambio. 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la *Lista de medicamentos* ○
- cambiamos los límites o las reglas de cobertura para el 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* ○
- Le avisaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que usted solicite el resurtido de su receta.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Esta persona puede ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar ○
- Si debiese solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectarán durante este año del plan

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 cualquiera de estos cambios ocurre a un medicamento que esté tomando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan en curso. Necesitará verificar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando lo afectará durante el próximo año del plan.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 que cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer 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 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 está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan deberá recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de atención de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar cualquier demora a la hora de conseguir un medicamento que no esté relacionado y que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor de atención de hospicio o a la persona que prescribe sus recetas que se asegure de que hayamos sido notificados que el medicamento no tiene relación alguna 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 de hospicio de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el programa de hospicio. Consulte las



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4, Sección F.

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 surte una receta médica, intentamos detectar posibles problemas, como errores en los medicamentos, o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios porque 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 que producen o puedan producir una reacción alérgica
- tengan cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

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

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas o si está en un Programa de manejo de medicamentos para ayudarle a usar sus medicamentos opioides de forma segura, es posible que sea elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través del programa de Gestión de terapia de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva 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 farmacológicas
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier duda o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y-de-venta libre



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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. Además, usted recibirá información acerca de cómo desechar los medicamentos, que son sustancias controladas, con receta de forma segura.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con su profesional que receta 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.

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 médica.

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 que frecuentemente se usan de forma incorrecta. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opioides que recibe de muchos profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, nosotros podríamos hablar con sus profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con su profesional que receta, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podríamos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de una determinada farmacia y/o de un determinado profesional que receta**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que le cubrimos.

Si creemos que se debería aplicar más de una limitación con usted, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específico.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirmará las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, está en desacuerdo con que corre riesgo de usar incorrectamente sus medicamentos con receta, o está en desacuerdo con las limitaciones, usted o el médico tratante pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si mantenemos la denegación de cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Entidad Revisora Independiente (Independent Review Entity, IRE). (Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación y sobre la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección D.)

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si usted:

- tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica;
- 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

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 equipo cubiertos por Medicaid.

Debido a que usted es elegible para Medicaid, obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta 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 por 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 con receta, puede consultar en:

- *La Lista de* medicamentos cubiertos del plan.
 - La denominamos “*Lista de medicamentos*”. Le indica:
 - qué medicamentos paga el plan
 - en cuál de los 3 niveles se encuentra cada medicamento,
 - si existen límites para los medicamentos
 - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare**. La *Lista de medicamentos* en el sitio web siempre es la más actualizada.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- El Capítulo 5 del *Manual del Afiliado*.
 - En el Capítulo 5, Sección A, le indica cómo obtener los medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través del plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos con receta 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 sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
 - Cuando usted usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos personales que se espera que pague. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	138
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....	139
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo.....	139
C1. Los niveles del plan	139
C2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	140
C3. Lo que usted paga	140
D. Vacunas	141
D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna	141



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

A. La *Explicación de 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. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante "Ayuda adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Sus “ **costos totales de medicamentos**”. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene sus medicamentos con receta por medio del plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios*. La denominamos de forma abreviada EOB (por sus siglas en inglés). La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes**. El resumen le indica qué medicamentos con receta obtuvo el mes anterior. Detalla los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan, cuánto pagó usted y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del 3º Año hasta la fecha**. Este es el costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el cambio en el porcentaje en el precio del medicamento desde que se surtió por primera vez.
- **Alternativas de costo más bajo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico tratante para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Para conocer los medicamentos que cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 identificación (ID) del afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación (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 cubiertos 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, si desea obtener información acerca de lo que debe hacer.

3. Revise la EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y que esté completa. Si considera que algo no está correcto o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de conservar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

Con CareSource MyCare Ohio, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos 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 con receta y OTC en la *Lista de medicamentos* de CareSource MyCare Ohio. Para determinar a qué nivel pertenecen sus medicamentos, puede buscar en la *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos del Nivel 1 incluyen los medicamentos genéricos
- Los medicamentos del Nivel 2 incluyen a los medicamentos de marca



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos cubiertos por Medicaid y medicamentos de venta libre

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 102 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.

C3. Lo que usted paga

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

*Los medicamentos de especialidad no califican para un suministro de 102 días	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo del plan	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 102 días	Un suministro para un mes o hasta 102 días	Suministro para hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para obtener más detalles.
Nivel 1 (en su mayoría, medicamentos genéricos, algunos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (en su mayoría, medicamentos de marca, algunos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (cubiertos por Medicaid y medicamentos de venta libre u "OTC"))	\$0	\$0	\$0	\$0



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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

D. Vacunas

Mensaje importante acerca de lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D de Medicare. Estas vacunas figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener detalles sobre la cobertura y la repartición de costos acerca de vacunas específicas.

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.

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 y explicarle su parte del costo.
- 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	143
B. Cómo evitar inconvenientes de pago.....	145



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debe recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red cubiertos por Medicare o Medicaid. 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 enviarnos una factura, consulte la Sección A2.

- Si todavía no ha pagado la factura, le pagaremos al proveedor directamente si los servicios o los medicamentos están cubiertos y ha seguido todas las reglas que figuran en el *Manual del Afiliado*.
- Si pagó la factura, los servicios o medicamentos están cubiertos y siguió todas las reglas del *Manual del Afiliado*, está en su derecho de recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo haremos saber.

Comuníquese con Servicios para Afiliados o con su administrador de atención médica 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, incluimos algunos 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 solicitarle que le 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 identificación (ID) 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.**

- 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.
- 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 el Capítulo 3, Sección H, para obtener descripciones de situaciones de emergencia para las que se podría utilizar 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.

Siempre puede comunicarse con Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m. o al administrador de atención médica 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 228 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 en **CareSource.com/oh/members/tools-resources/grievance-appeal/MyCare**



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/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 solicitado una decisión de cobertura a CareSource MyCare Ohio (consulte el Capítulo 9, Sección D) haya recibido una decisión final sobre la denegación de cobertura del servicio y haya decidido que aún 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 necesita servicios de emergencia o urgencia fuera de la red; o
 - si obtiene servicios en centros de salud calificados a nivel federal, clínicas de salud rurales y por parte de proveedores de planificación familiar que figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, solicite al proveedor que le envíe 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 le envía la factura a CareSource MyCare Ohio y usted paga el servicio, llame a Servicios para Afiliados a la brevedad posible para informarnoslo.
- 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 el período de transición de la atención, si necesita aprobación para consultar a un determinado proveedor o necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios para Afiliados.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

3. Siga las reglas que aparecen en el *Manual del Afiliado* cuando reciba servicios.

Consulte el Capítulo 3, Sección B para conocer las reglas sobre cómo obtener atención médica, salud conductual y otros servicios. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para conocer las reglas para obtener sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio.

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 en línea la información más actualizada en **CareSource.com/MyCare**.

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

Si olvidó su tarjeta de identificación (ID) de afiliado, pídale al proveedor que visite **CareSource.com/MyCare** o que llame al 1-855-475-3163. 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Avisos legales	149
A1. Avisos sobre las leyes	149
A2. Aviso sobre no discriminación.....	149
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario.....	149
B. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades	150
C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	151
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	152
D1. Cómo protegemos su PHI.....	153
D2. Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos	153
E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	160
F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente a usted.....	162
G. Su derecho a obtener cobertura de Medicare y de la Parte D de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio	162
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	162
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	162



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- H2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo 163
- H3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas anticipadas 164
- I. Su derecho a hacer reclamaciones y a solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado..... 165
 - I1. Qué debe hacer si considera que no está recibiendo un trato justo o si desea más información sobre sus derechos 165
- J. Sus responsabilidades como afiliado al plan 165
 - J1. Programa de recuperación de bienes 167
 - J2. Fraude, malversación y abuso 168



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a 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) al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Cada año que permanezca afiliado a nuestro plan, también debemos informarle acerca de sus beneficios y derechos de una manera que pueda entenderlos.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales 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 recibir este documento en otro idioma aparte del inglés o en un formato alternativo, comuníquese con 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, 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 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.
- Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Cada año, cuando permanezca afiliado a nuestro plan, también debemos informarles de sus beneficios y derechos de una manera que pueda entenderlos.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales 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. Si necesita recibir este documento en otro idioma aparte del inglés o en un formato alternativo, comuníquese a Servicios para Afiliados. Nosotros guardamos 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: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar a las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-1-877.
- También puede comunicarse con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

C. Nuestra responsabilidad en asegurarnos de que obtenga un 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 pertinente.
- Tiene derecho a estar seguro de que otras personas no pueden escuchar ni presenciar el momento en que recibe atención médica.
- 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 cómo elegir un PCP en el Capítulo 3, Sección D.
 - 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 cuáles médicos aceptan nuevos pacientes.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Tiene derecho a ver 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 por parte de los especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar para que usted puede recibir atención fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de los proveedores fuera de la red, consulte la Sección D del Capítulo 3.

El Capítulo 9, Sección D, explica lo que usted puede hacer si considera que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. El Capítulo 9, Sección D, 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 (Personal Health Information, 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 sus expedientes médicos 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.
- Tiene derecho relacionados con su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que informa sobre tales derechos. El aviso por



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 encontrar o modificar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, 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 la PHI a las agencias gubernamentales encargadas de verificar 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 sus expedientes médicos

Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos 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 usted 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Sus derechos

En lo que se refiere a su información médica, tiene ciertos derechos:

Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos. También puede obtener otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa y basada en los costos.

Solicitar que corriamos sus expedientes médicos y de reclamos

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

Solicitar 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 su solicitud si nos indica que usted podría estar en peligro en caso de no hacerlo.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

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

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

- Puede pedirnos una lista (rendición de cuentas) de las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a seis años anteriores a la fecha de solicitud. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- la atención,
 - los pagos,
 - las actividades de atención médica y
 - algunas otras divulgaciones (por ejemplo, cualquier divulgación que usted nos haya solicitado hacer).
- Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- 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

- Usted puede dar su consentimiento a CareSource para hablar de su información médica con otra persona en su nombre.
- Si tiene un tutor legal, esa persona puede usar sus derechos y hacer elecciones sobre su información médica. CareSource divulgará su información médica con su tutor legal. Nosotros nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre. Nos encargaremos de esto antes de realizar alguna acción.

Presentar una reclamación si siente que se vulneran sus derechos

- Puede contactarnos para presentar un reclamo si siente que violamos sus derechos. Use la información al final de este aviso.
- Puede presentar un reclamo 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). Puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775, o visite 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,



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- el pago,
- la inscripción en un plan de salud o
- la elegibilidad para los beneficios.

Sus opciones

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

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

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

Si usted no es capaz de indicarnos su opción, por ejemplo, si está inconsciente, puede ser que procedamos a compartir su información. La compartiremos si consideramos que sería beneficioso para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En los siguientes casos, con frecuencia no podemos compartir su información a menos que nos dé el consentimiento por escrito:

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

Consentimiento para compartir la información médica

CareSource comparte su información médica, lo cual incluye información médica sensible (Sensitive Health Information, SHI). La SHI puede incluir información relacionada con tratamientos contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), o las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para su 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 su atención y tratamiento o ayudarle 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? Generalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarle a recibir tratamiento médico.

- Podemos usar su información médica y compartirla con los especialistas que lo están tratando.
 - **Ejemplo:** Podemos coordinar atención adicional para usted según la información que nos envíe su médico.

Para administrar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información para manejar nuestra compañía. La usamos 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 organizaciones externas para que nos puedan ayudar en nuestras operaciones. Dichas organizaciones externas incluyen abogados, contadores, asesores y otros. Nosotros también les exigimos que mantengan la confidencialidad de su información médica.

Para pagar por su atención médica

- Usaremos y divulgaremos 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 podemos usar o compartir 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información por estos motivos. Para obtener más información vea:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Para ofrecer ayuda con problemas de seguridad y salud pública

- Podemos compartir su información médica por determinados motivos, como:
 - prevención de enfermedades
 - colaborar con el retiro de productos
 - informar sobre reacciones nocivas a medicamentos
 - denunciar una sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica
 - prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o la seguridad de una persona

Para investigación

- Podemos usar o compartir nuestra información para investigaciones de salud. Podemos hacer esto en la medida en que se cumplan determinadas reglas de privacidad.

Para el cumplimiento de la ley

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos desea asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

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 un médico forense o director de servicios funerarios

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

Para cumplir con la indemnización a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información médica:
 - para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público
- con agencias de supervisión sanitaria para actividades permitidas por la ley
- para funciones gubernamentales especiales, como militares, de 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 una orden administrativa, o en respuesta a una orden judicial.

También podemos recopilar información no identificable que no puede 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 inoportuna.
 - 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 de la forma que aquí se menciona, a menos que nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

Fecha de entrada en vigor y modificaciones a 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 con los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si fuese necesario, podemos modificar 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 impresa de nuestro aviso en cualquier momento enviando una solicitud por correo al Funcionario de Privacidad de CareSource.

Puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad de CareSource de las siguientes maneras:

Correo postal: CareSource
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

Correo electrónico: HIPAAPrivacyOfficer@CareSource.com

Teléfono: **1-855-475-3163, extensión 12023 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**
Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

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

Como afiliado a 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 acceder a un intérprete, llámenos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Este es un servicio gratuito. Algunos materiales escritos están disponibles en español. Además, podemos proporcionarle esta información en braille, en letra más grande o audio.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan incluye, entre otras cosas:
 - información financiera
 - cómo ha sido calificado el plan por los afiliados del plan
 - 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
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
 - Una lista de proveedores y farmacias en la red del plan, en 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**.
- Servicios cubiertos (consulte los capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los capítulos 5 y 6) y acerca de las reglas que debe seguir, que incluyen:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - límites para su cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), que incluye pedirnos lo siguiente:
 - explicar por escrito por qué algo no está cubierto
 - rectificar una decisión que hayamos tomado
 - pagar una factura que recibió



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

Los médicos, 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, 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 Original Medicare 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 con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección B, para obtener información sobre cuándo puede afiliarse a un nuevo plan Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos con receta.
- Deberá seguir recibiendo los servicios de Medicare a través de un plan MyCare Ohio.

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 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 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 médicos y demás proveedores de 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 de una manera adecuada para su afección y capacidad de comprensión.
- **Conocer los riesgos** y que se le informe sobre todos los riesgos existentes.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

- Se le deberá informar con anticipación si determinada 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 tomar una decisión respecto del tratamiento.
 - Si un proveedor calificado no puede atenderle, coordinaremos 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 a:
 - Abandonar el 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 deberán 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, no será apartado del plan.
 - No obstante, si rechazara el tratamiento o dejara de tomar sus medicamentos, usted asumirá toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.
- **Solicitar que expliquemos el motivo por el que un proveedor le negó la atención** y recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina una decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección D, 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 expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a una persona el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Proporcionarles 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 sus propias 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.

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: 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. Conserve 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 indicaciones

Si usted firmó un formulario de directivas anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones detalladas en él, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud de Ohio llamando al 1-800-342-0553 o por correo electrónico a HCComplaints@odh.ohio.gov.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

I. Su derecho a hacer reclamaciones y a solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

El Capítulo 9, Sección D, indica lo que usted 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 Familiares 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.

I1. Qué debe hacer si considera que no está recibiendo un trato 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 considera que recibió un trato injusto y **no** es por discriminación debido a los motivos que se incluyen en la Sección A11 de este capítulo o 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. TTY: 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, en el sitio web de Medicare en 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 a. m. a 5 p. m. Consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener más información acerca de esta organización.

J. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- **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 el Capítulo 3, Sección B, y el Capítulo 4, Sección D. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte el Capítulo 5, Sección B, y el Capítulo 6, Sección C.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos con receta** que tenga. Se nos exige garantizar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y demás proveedores de** servicios médicos que usted está afiliado a nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado siempre que reciba servicios o medicamentos cubiertos.
- **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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 D, para saber cómo presentar una apelación.
- **Avísenos si se muda.** Si está planeando mudarse, es importante que nos dé aviso de inmediato. Llamar 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 tener CareSource MyCare Ohio. El Capítulo 1, Sección D, le explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle 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, Secciones F y G, para obtener los números de teléfono 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. Consulte el Capítulo 1, Sección K, para obtener más información. Debe notificar también a su asistente social del condado al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares.
- Llame a Servicios para Afiliados si tiene dudas o inquietudes.

J1. Programa de recuperación de bienes

Si está permanentemente institucionalizado o tiene 55 años o más cuando recibe las prestaciones de Medicaid, el Programa de recuperación de bienes puede recuperar los pagos relacionados con el costo de su atención que el Departamento de Medicaid de Ohio dedujo de su masa hereditaria. El costo de su atención puede incluir el pago de capitación que el Departamento de Medicaid de Ohio le paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago es mayor que el costo de los servicios que realmente recibió. La recuperación de bienes tiene lugar después de su fallecimiento.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare**.

J2. Fraude, malversación y abuso

Disponemos de un programa exhaustivo para prevenir el fraude, la malversación y el abuso en nuestro Departamento de Integridad del Programa (Program Integrity Department). Está diseñado para manejar los casos de fraude en la atención administrada. Ayúdenos denunciando las situaciones cuestionables.

El fraude puede ser perpetrado por los proveedores, las farmacias o los afiliados. Monitoreamos y tomamos acciones contra cualquier proveedor, farmacia o afiliado que cometa fraude, malversación y abuso.

Los casos de fraude, malversación y abuso de **proveedores** consisten en trabajadores de la salud y médicos que:

- Solicitan medicamentos, equipos o servicios que no se consideran médicamente necesarios.
- No brindan servicios médicamente necesarios debido a las bajas tasas de reembolso.
- Facturan por exámenes o atención no proporcionados.
- Utilizan intencionadamente el código médico incorrecto para recibir más dinero.
- Programan más visitas de las necesarias.
- Facturan una atención más costosa que la proporcionada.
- Ordenan servicios desagregados para obtener un reembolso mayor.

Los casos de fraude, malversación y abuso **farmacéuticos** consisten en:

- No despachar los medicamentos según las indicaciones de la receta.
- Enviar reclamos por un medicamento de marca que cuesta más, pero dar un medicamento más barato que cuesta menos.
- Dar menos de la cantidad prescrita y luego no dejar que el afiliado sepa que puede obtener el resto del medicamento.

Los casos de fraude, malversación y abuso por parte del **afiliado** consisten en:

- Vender medicamentos con receta o tratar de recibir medicamentos controlados de más de un médico o farmacia.
- Alterar o falsificar recetas.
- Usar analgésicos que no necesita.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Compartir su tarjeta de ID con otra persona.
- No informar que cuenta con la cobertura de otro seguro de salud.
- Obtener equipo y suministros que usted no necesita.
- Recibir tratamiento o medicamentos bajo la identificación de otra persona.
- Indicar síntomas falsos para obtener tratamiento, medicamentos y otra atención.
- Demasiadas visitas a la sala de emergencias por problemas que no son una emergencia.
- Mentir respecto de la elegibilidad para Medicaid.

Si se comprueba que hizo un uso indebido de sus beneficios cubiertos, podría:

- Tener que reembolsar cualquier importe que hayamos pagado por cualquier atención que se determine como uso indebido de beneficios.
- Enfrentar un cargo por un delito e ir a prisión.
- Perder sus beneficios de Medicaid.
- Quedar restringido a un PCP, un proveedor de sustancias controladas, una farmacia y/o un hospital para obtener servicios que no son de emergencia.

Si sospecha de fraude, malversación o abuso

Por favor, denuncie el fraude, la malversación o el abuso de una de las siguientes maneras:

1. **Llamándonos al 1-855-475-3163** (TTY para quienes tienen deficiencias auditivas: **1-833-711-4711 o 711**)
2. Complete el formulario de **Denuncia de fraude, malversación y abuso** (Fraud, Waste and Abuse Reporting Form) que se encuentra en **CareSource.com** o escriba una carta y envíela a:

CareSource;
Attn: Program Integrity Department
P.O. Box 1940
Dayton, OH 45401-1940

Usted no tiene que darnos su nombre cuando escriba o nos llame. Si no le preocupa dar su nombre, también puede enviar un correo electrónico* a fraud@CareSource.com o enviarnos un fax al 1-800-418-0248. Proporcionémos todos los datos que pueda. Agregue nombres y



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

números de teléfono. Si no recibimos su nombre, no podremos devolverle la llamada para obtener más información. Esto se mantendrá bajo confidencialidad, según lo permita la ley.

** Si su correo electrónico no es seguro, las personas pueden leer su correo electrónico sin que usted lo sepa o lo autorice. No use el correo electrónico para informarnos nada que tenga carácter privado, como su número de ID de afiliado, el número del seguro social o información médica. En lugar de eso, use el formulario o el número de teléfono que figuran arriba. Esto puede ayudar a proteger su privacidad.*

Gracias por ayudarnos a mantener controlado el fraude, la malversación y el abuso en el ámbito de la atención médica.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos de pedir una decisión de cobertura, solicitar una apelación o presentar una reclamación. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tenga un problema con o una reclamación sobre su plan.
- Necesita un servicio, equipo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está conforme con una decisión que ha tomado su plan respecto a su atención.
- Considera 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 ayudarle a encontrar lo que busca con facilidad.

Si tiene un problema con sus servicios de atención médica y apoyo a largo plazo

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 y reclamaciones 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.**

Si desea acceder a más recursos que le permitan resolver sus inquietudes, además de formas de contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección H, para más información acerca de los programas del Ómbudsman.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema.....	174
A1. Acerca de los términos legales.....	174
B. Dónde llamar para obtener ayuda	174
B1. Dónde obtener más información y ayuda	174
C. Problemas con sus beneficios	177
C1. Cómo usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una reclamación	177
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	177
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones	177
D2. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará	178
E. Problemas con respecto a la atención médica	180
E1. Cuándo usar esta sección.....	180
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	182
E3. Apelación de Nivel 1 para atención médica (medicamentos no incluidos en la Parte D)	185
E4. Apelación de Nivel 2 para atención médica (medicamentos no incluidos en la Parte D)	190
E5. Inconvenientes con el pago.....	195
F. Medicamentos de la Parte D	197
F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D	197
F2. ¿Qué es una excepción?.....	199
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones	200
F4. ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción?	201
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	205
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	208



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

G. Cómo solicitar que cubramos una estadía prolongada en el hospital	209
G1. Conozca sus derechos de Medicare	210
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria.....	211
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria.....	213
H. Qué hacer si considera que la cobertura de 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) de Medicare terminan demasiado pronto.....	214
H1. Le informaremos con anticipación cuando la cobertura llegue a su fin.....	215
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención médica.....	215
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica.....	218
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	219
I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare.....	219
I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicaid	219
J. Cómo presentar una reclamación.....	220
J1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones	220
J2. Reclamaciones internas.....	222
J3. Reclamaciones externas.....	224



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

A. 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.

A1. Acerca de 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 de cobertura rápida” en lugar de “determinación de cobertura acelerada”.

Saber los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad y por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde llamar para obtener ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

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 de 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare** para enviar una pregunta, reclamación o apelación.
- Completar el formulario de apelación/reclamación de la página 226 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 identificación (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: 711), de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en 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 ayudarle 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, para obtener más información sobre los programas del 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: aging.ohio.gov/contact. Los servicios son gratuitos.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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:

- Puede llamar 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 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 médico o algún otro proveedor puede 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 (consulte la **Sección E3**).
 - 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, quienes pueden 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 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, en **CareSource.com/MyCare**. El formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Usted deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - 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**



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

para solicitar una decisión de cobertura ni para presentar una apelación o reclamación.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para 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.

<p>¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas sobre si la atención médica, medicamentos con receta o servicios y apoyo a largo plazo particulares están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con la denegación por parte del plan para pagar por artículos y servicios).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Continúe en la Sección J: “Cómo presentar una reclamación” en la página.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a artículos médicos y servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**.

¿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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 de cobertura y apelaciones?

Si necesita ayuda, puede contactarse con cualquiera de los recursos mencionados en la **Sección B1**.

D2. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

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 ayudarle a encontrar las reglas que necesita saber. **Solo es necesario que lea la sección que aplica a su problema:**

- **La sección E** le brinda información si tiene problemas para obtener atención médica (pero **no** medicamentos incluidos en la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No reciba la atención médica que desea y considere que su plan cubre esta atención.
 - No hayamos aprobado servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle y usted crea que esta atención médica debería estar cubierta.
 - **NOTA:** Utilice solamente la **Sección E** para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que forman parte 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 F** para conocer las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D.
 - Haya recibido atención médica o servicios que crea que deberían estar cubiertos, pero que no estamos pagando.
 - Haya recibido y pagado por servicios médicos o artículos que, en su opinión, estaban cubiertos, y desea solicitar que paguemos por los servicios para que su pago se le reembolse.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Se le haya indicado que la cobertura por atención que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, 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 G y H.**
- Su solicitud para una decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuando podemos desestimar su solicitud son: Si su solicitud está incompleta, si alguien hace una solicitud por usted pero no nos dio prueba de que usted lo haya autorizado para hacer la solicitud o si usted pide que la solicitud se retire. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué, y cómo solicitar una revisión de la desestimación. La revisión es un proceso formal llamado una apelación.
- La **Sección F** le brinda información si tiene problemas con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desea hablar con nosotros para solicitar que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la Lista de medicamentos.
 - Desea solicitar que eximamos los límites a la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - Desea solicitar que cubramos un medicamento que requiere una autorización previa (PA) o una aprobación.
 - No hayamos aprobado su solicitud o excepción y usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas consideren 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 G** le ofrece información sobre cómo solicitar que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si considera que su médico le ha dado el alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Se encuentra en el hospital y cree que el médico le dio de alta muy pronto.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- La **Sección H** le proporciona información si considera que su atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan muy pronto.

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750).

E. Problemas con respecto a la atención médica

E1. 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 F** 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. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no recibe.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** 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 E2** para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

NOTA: Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, para ver una lista general de servicios cubiertos, además de información sobre qué servicios requieren autorización previa (PA) de nuestro plan. Consulte la Lista de medicamentos para averiguar si un medicamento requiere una PA. También puede encontrar la lista de servicios y medicamentos que requieren una PA en **CareSource.com/MyCare**.

3. No aprobamos la atención que su médico desea prestarle y usted considera que deberíamos hacerlo.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la **Sección E3** 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 E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

5. Recibió servicios o artículos que considera que deberíamos cubrir, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

6. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que trabajemos con el proveedor para que se le reembolse su pago.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que trabajemos con el proveedor para que le reembolse su pago. Consulte la **Sección E5** para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

7. Nosotros redujimos, suspendimos o detuvimos su cobertura de atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o artículo. Consulte la **Sección E3** 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?”

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 (CORF), aplican reglas especiales. Lea las **Secciones G** o **H** para obtener más información.

8. No tomamos una decisión de cobertura dentro del período establecido.

Qué puede hacer: Puede presentar una reclamación o una apelación. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo presentar una reclamación. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 1.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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).

9. No tomamos una decisión de apelación dentro del período establecido.

Qué puede hacer: Puede presentar una reclamación. Consulte la **Sección J** 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 E4** 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.

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).

E2. 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 F** 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 solicite una decisión por nuestra parte.

- Puede llamarnos al: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**
- Puede enviarnos un fax al: **1-855-489-3403**
- Puede escribirnos a:

CareSource MyCare Appeals
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-1947

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 B1**.

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre los medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte B de Medicare dentro de un plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que recibamos su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura con mayor rapidez?

Sí. Si necesita una respuesta con mayor rapidez por su salud, pídanos 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 una decisión de cobertura rápida:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la cobertura de la atención que desea.
- Llámenos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, o enviarnos un fax al **1-855-489-3403**. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede decirle a su médico o a su representante autorizado que nos llame.

A continuación presentamos las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, deberá cumplir dos requisitos:



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

1. Podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita cobertura para artículos y/o servicios médicos que aún no ha recibido**. (No podrá pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es acerca del reembolso de un pago de artículos o servicios médicos 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 refiere que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
 - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, 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 comunicaremos que, en caso de que su médico solicitara la decisión rápida, emitiremos automáticamente nuestra decisión de cobertura rápida.
 - 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 sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.

Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **no**, le enviaremos una carta donde le indicamos los motivos para que la respuesta sea **negativa**.

- 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 hacer una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la siguiente sección para obtener más información).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

E3. Apelación de Nivel 1 para atención médica (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 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?” para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de relevo de Ohio: 1-800-750-0750. El Ómbudsman de MyCare Ohio no está conectado con nosotros, alguna compañía aseguradora o plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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 averiguar 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 otro proveedor deberá contactarnos. Llámenos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes o escríbanos a la siguiente dirección:

CareSource MyCare 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. Asegúrese de incluir nombre y apellido, el número que se encuentra al frente de la tarjeta de identificación (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.
- Para obtener detalles adicionales sobre cómo comunicarse con nosotros para apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- Puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

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 65 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 actualmente recibe cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el servicio continúe mientras la apelación sigue su curso.
- Siga leyendo esta sección para saber el plazo que corresponde a su apelación.

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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Si no recibimos este formulario, y alguien está actuando en su nombre, su solicitud se desestimará. Si esto sucede, usted tiene el derecho de que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar a la Organización Revisora Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de Designación del representante, llame a Servicios para Afiliados y solicite uno o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web CareSource.com/oh/members/tools-resources/forms/mycare. También aceptaremos una carta u otro formulario competente que autorice 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?

Deberá solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** posteriores a la fecha que figura en la carta donde le comunicamos 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. Debe explicar el motivo por el que presenta tarde su apelación cuando la presente.

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?” para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente?

Sí. Pídanos una copia gratuita en Servicios para Afiliados, al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

¿Puede mi médico brindarles más información acerca de mi apelación?

Sí. Usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional que respalde su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura médica. Luego, revisamos si seguimos todas las reglas cuando le respondimos 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

¿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 la mayor prontitud si su estado de 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 decidimos que necesitamos días adicionales para 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 las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.
- 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 E4**). 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 E4**).

También puede presentar una reclamación sobre el incumplimiento por nuestra parte de tomar una decisión de apelación dentro del plazo establecido (consulte la **Sección J**).

Si nuestra respuesta es Sí de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar el servicio dentro de 15 días calendario posteriores a la fecha en que se recibió la apelación (o dentro de los 7 días posteriores a la fecha en que se recibió la apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

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 E4**). 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 E4**).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión de 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 las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.
- 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 E4**). 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 E4**).

También puede presentar una reclamación sobre el incumplimiento por nuestra parte de tomar una decisión de apelación dentro del plazo establecido (consulte la **Sección J**).

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 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. 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 E4**). 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 E4**).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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 de la medida; **o**
- la fecha de vigor prevista en que se tomará la medida.

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 se podrían mantener 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 E4**.

E4. Apelación de Nivel 2 para atención médica (medicamentos no incluidos en la Parte D)

Si el plan da un No como respuesta 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 191 de esta sección para obtener información sobre las 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 (IRE). La carta le indicará que también podría solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 191 de esta sección para obtener información sobre las audiencias estatales.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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 nuestra respuesta a su Apelación en el Nivel 1 es un **No** y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid, podría solicitar una audiencia estatal.

¿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 ponerse en contacto con la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 90 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la notificación sobre sus derechos a una audiencia estatal. El período de 90 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío de la carta. Si se pasa de la fecha límite de 90 días calendario y tiene una razón justificada, la Oficina de Audiencias Estatales puede concederle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una Apelación de Nivel 1 antes de poder solicitar una Audiencia Estatal.

NOTA: Si desea que alguien actúe en su nombre, incluso su médico u otro proveedor, deberá hacerle llegar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso 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. También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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 nuestra respuesta a su Apelación de Nivel 1 es No y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, pasará automáticamente a una Apelación de Nivel 2 de la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Una entidad de revisión independiente evaluará detenidamente la decisión que se adoptó en el Nivel 1 y determinará si debe rectificarse.

- 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 tiene relación con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo en Servicios para Afiliados, al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

¿Cuánto tiempo demora la IRE en tomar una decisión?

- 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, puede tardar hasta 14 días calendario más. 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pueda beneficiarle, puede tardar hasta 14 días calendario más. 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.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decide cambiar o interrumpir 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 denegamos la Apelación de Nivel 1; o
 - la fecha de vigor prevista en que se tomará la medida.
- 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 ante 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) si 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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 de la audiencia es **Sí** (aprobada) 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 de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta donde explica 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 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 Estatales deciden emitir un **Sí** como respuesta de forma total o parcial a su solicitud, le brindaremos el servicio o artículo aprobado que más se asemeje a lo que solicitó en su apelación.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 I** para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

E5. Inconvenientes con el pago

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 ayudarle a evitar problemas de pago en el futuro.

¿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 reembolsarle su pago.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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 donde se le informará que no pagaremos el servicio o artículo y los motivos correspondientes.

¿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 E3**. 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 fecha en que se recibe la apelación.
- Si solicita un reembolso por un servicio o artículo que ya pagó y obtuvo, no podrá 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. Sólo podrá recurrir de nuevo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un determinado importe mínimo. Consulte la **Sección I** en la página para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

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 E4**).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si 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 E**.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitar con respecto a los medicamentos de la Parte D:

- Usted solicita que hagamos una excepción como por ejemplo:
 - Solicite 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)
- Desea 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 surtir su receta, recibirá un aviso donde se le explicará cómo puede contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya adquirió. Esto equivale a 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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

La siguiente tabla le ayudará a decidir cuál sección contiene información que se aplica a su situación:

¿Cuál de estas situaciones es la suya?			
<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>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que este medicamento cumple con las reglas o restricciones del plan (como contar con la aprobación previa) para obtenerlo?</p>	<p>¿Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya obtuvo y pagó?</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted desea?</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede solicitar una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pedirá que reconsideremos nuestra decisión).</p>
<p>Comience con la Sección F2. Consulte también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>Avance a la Sección F4.</p>	<p>Avance a la Sección F4.</p>	<p>Avance a la Sección F5.</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F2. ¿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, incluimos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden solicitar que:

1. Cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos.
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).
 - Las reglas y restricciones adicionales que se aplican a la cobertura de determinados 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. (A esto se le denomina a veces “autorización previa” (PA)).
 - 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”**.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico u otra persona que prescriba sus recetas deberán 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 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. **En la Sección F5** le explicamos cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La siguiente sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F4. ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por 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. Puede llamarnos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (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 B** para saber 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 sus recetas para solicitar 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, 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 médico 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”.

Guía rápida: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago de la 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 solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona que prescriba sus 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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.

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).

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 sus recetas nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión rápida y se lo informaremos mediante una carta.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que prescriba sus recetas), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos en su lugar los plazos estándar.
 - También le enviaremos una carta para avisarle esto. La carta le indicará cómo presentar una queja 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 sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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, esto significa 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que receta 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 nuestra respuesta es Sí**, para una parte o la totalidad de lo que usted 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 prescribe recetas avalando su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión 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 usted solicita una excepción, esto significa 72 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que 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** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico o de la persona que prescribe recetas, en caso de que solicite una excepción.
- **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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Plazos para las “decisiones de cobertura estándar” acerca del pago de medicamentos que usted ya adquirió

- Debemos darle nuestra respuesta dentro 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar un proceso de apelación, usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas o su representante deberá comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentarla enviando la solicitud por escrito. También puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo de 65 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.
- Tiene derecho de solicitar una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

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 enviarnosla por correo o fax También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **dentro de los siguientes 65 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 médico, 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 de cobertura para medicamentos de la Parte D es “**reconsideración**” del plan.

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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 F4**.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Volvemos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando le 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 una “apelación rápida”

- 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** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa**.

Plazos para una “apelación 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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Si no emitimos una decisión dentro de los 7 días calendario o 14 días calendario si nos 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 la respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud:
 - 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 No** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta para explicarle por qué respondimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

F6. 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- Tiene derecho de brindarle más información a la IRE con el objetivo de respaldar 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.
- Los revisores de la IRE analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación. La organización le enviará una carta en la que explique su decisión.

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 médico u otra persona que prescriba sus 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.

El término legal para referirse a una apelación ante 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 así 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- Si la IRE responde **sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas después de habernos comunicado la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la fecha en que se recibió su apelación, o 14 días calendario en caso de que haya solicitado un reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si la IRE responde **sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas después de habernos comunicado la decisión.
 - 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.

G. Cómo solicitar 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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, un asistente social o una enfermera le entregará un aviso llamado "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 **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 el tiempo de permanencia en el hospital.
- Saber dónde puede comunicar 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 una copia firmada de este aviso para conservar la información de ésta, en caso de que la necesite.

- Para ver una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede acceder al aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números antes mencionados.

G2. 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 abandonar el hospital, podrá permanecer en él después de su fecha de alta programada sin necesidad de pagar por la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de que le den de alta y antes de la fecha de alta programada.

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 **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. También 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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 expediente médico, conversarán con su médico y evaluarán toda la información relacionada con su permanencia 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 copia llamando a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 acceder a un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da un **sí** como respuesta a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede 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 deniega su apelación y usted decide permanecer en el hospital luego de su fecha de alta programada, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. 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).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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 cambiar la fecha del alta hospitalaria

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y pida otra revisión.

¿Qué sucede 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. Deberemos 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 límites de cobertura.

¿Qué sucede 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 denegara su Apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total del tiempo que haya permanecido en el hospital posterior a su fecha de alta programada.

H. 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) 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- La atención para la rehabilitación que usted reciba como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (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.

H1. Le informaremos con anticipación cuando la cobertura llegue a su fin

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”. El aviso escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y 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.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención médica

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 J** se 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 **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. O 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

¿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 solicitar?

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.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con dicha organización?

- Usted 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 H4**.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan la continuidad de la atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y pida 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes, 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 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI.

¿Qué sucede durante la revisión por parte 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 enviarle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad donde explicarán el motivo para la terminación de sus servicios.
- Los revisores también examinarán sus expedientes médicos, hablarán con el médico y evaluarán la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- **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 dan un **sí** como respuesta a su apelación, debemos continuar prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que se les considere necesarios desde una perspectiva médica.

¿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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

- 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.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza 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.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y pida otra revisión.

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que le está atendiendo y antes de su fecha de alta programada.

- 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 fecha en que se recibió su solicitud de apelación.

¿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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **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 rectificarán.
- 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.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos 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 (Administrative Law Judge, ALJ). 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 comunicarse con el 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).

I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicaid

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, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Si tiene alguna duda o necesita ayuda con las audiencias estatales o las apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

J. Cómo hacer una reclamación

J1. Qué tipos 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 quejas.

Reclamaciones sobre la calidad de la atención

- Se siente insatisfecho con la calidad de la atención recibida, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamaciones sobre la privacidad

- Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió alguna información que se considera confidencial.

Reclamaciones sobre una 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 a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor debido a un problema físico.
- El proveedor no le proporciona un servicio de adaptación que necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Guía rápida: Cómo presentar una reclamación

Puede presentar una reclamación interna al plan o una reclamación externa ante una organización que no esté vinculada al 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 J3**.

Si necesita presentar una reclamación interna o externa, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Reclamaciones sobre los tiempos de espera

- Tiene dificultades para obtener una cita médica o tiene que esperar demasiado para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Afiliados u otro personal le han hecho esperar demasiado.

Reclamaciones sobre la limpieza

- Considera 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

- Considera que no le entregamos un aviso o carta que debería haber recibido.
- Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos acerca de la oportunidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a 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.
- Considera que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente de forma oportuna.

El término legal para “reclamación” es “**queja**”.

El término legal para “presentar una reclamación” es “**presentar una queja**”.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

¿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).**

J2. Reclamaciones internas

Para presentar una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Las reclamaciones relacionadas con la Parte D se deben presentar **dentro de 60 días calendario** luego de generado el problema por el cual presentar una reclamación. Todas las demás reclamaciones se pueden presentar **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 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: 1-833-711-4711 o 711)** de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes; o
 - Complete el *formulario de queja/apelación del afiliado*, que se encuentra disponible en línea o en la página 226, o
 - También puede escribir una carta donde manifieste que no está satisfecho.

Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número de afiliado que aparece en la parte del frente de su tarjeta de ID de afiliado a CareSource y su dirección y número telefónico para que podamos comunicarnos con usted, si es necesario. Envíe cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

CareSource MyCare Complaints
P.O. Box 1307
Dayton, OH 45401-1307



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

Después, comuníquese a Servicios para Afiliados y proporciónenos la siguiente información que se muestra 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 usted no está satisfecho con nuestra respuesta a su queja, póngase en contacto con nuestros Servicios para Afiliados y estaremos encantados de hablar de ello con usted.

También tiene derecho a presentar una reclamación en cualquier momento comunicándose a:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Bureau of Managed Care
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709

Si presenta una reclamación porque se le denegó su solicitud de “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 acelerada”.

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 usted presenta una queja 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 concederemos, de forma automática, una “reclamación rápida” y responderemos a 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.

J3. 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: 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 informarle a Medicaid sobre su reclamación

Puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 711. La llamada es gratuita. También puede enviar su reclamación por correo electrónico a 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 www.hhs.gov/ocr.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad:

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, Illinois 60601

Usted también puede 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. Siempre puede comunicarse con Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes, o a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 711) para obtener asistencia.

Puede presentar una reclamación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando la reclamación se trate sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, usted 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 acerca de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección E.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Formulario de queja o apelación para el afiliado

Evaluación

Nombre del afiliado

N.º de ID de afiliado

Dirección del afiliado

Teléfono del afiliado

Si la queja/reclamo se relaciona con uno o más proveedores, brinde la siguiente información, si la conoce.

Nombre(s) del (de los) proveedor(es) _____

Dirección _____

Teléfono _____

Describa la queja/apelación de la forma más detallada que sea posible. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

(Firma del afiliado)

(Fecha)

*Si usted es un representante que presenta una queja o apelación en nombre de un afiliado a 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL PARA EL REVERSO DEL
FORMULARIO



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Solicitud de reconsideración de la denegación 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 con receta de Medicare para pedirnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:

Número de fax:

Express Scripts®
Attn: Medicare Appeals
P.O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588

1-877-852-4070

También puede solicitarnos una apelación a través del sitio web **CareSource.com/MyCare**. Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 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 de la persona inscrita _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección de la persona inscrita _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

N.º de ID del afiliado _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con la persona inscrita _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Documentos de representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es el afiliado o la persona que prescribe las recetas para el afiliado:

Adjunte la documentación que demuestre autoridad para representar al afiliado (un formulario completo de Autorización de Representación CMS-1696 o equivalente por escrito) si no fue presentado durante el nivel de determinación de cobertura. Para recibir más información o nombrar un representante, comuníquese con su plan o con 1-800-Medicare.

Medicamentos con receta que usted solicita:

Nombre del medicamento: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento mientras estaba pendiente la apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjuntar copia del comprobante de pago)

Nombre y teléfono de la farmacia: _____
_____**Información de la persona que receta**

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

receta considera que esperar 7 días podría perjudicar de manera grave su salud, le daremos una decisión en un plazo de 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. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.

□ MARQUE ESTA CASILLA SOLO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS

Si tiene una declaración de respaldo por parte 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 la persona que 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: **1-833-711-4711 o 711**).

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.



CRP2005_003300.1

H8452_OHMYC-M-322005-SPA



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Capítulo 10: Cómo 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 (permanecerá 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 encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. MyCare Ohio	232
B. Cómo cambiar o terminar la afiliación a nuestro plan	233
C. Cómo unirse a otro plan MyCare Ohio	233
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid.....	233
D1. Formas de obtener los servicios de Medicare	233
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid	236
E. Continúe recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su afiliación	237
F. Otras situaciones en que termina su afiliación.....	237
G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud	238
H. Su derecho a presentar una reclamación si solicitamos a Medicare y Medicaid que terminen su afiliación a nuestro plan	238
I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan	239



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**

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 Medicare Advantage, a otro Plan Medicare-Medicaid o si se afilia 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 otro plan MyCare Ohio antes del día 5 del mes, su afiliación terminará en el último día de ese 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 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de 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 del *Manual del Afiliado* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

B. Cómo cambiar o terminar la afiliación a nuestro 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 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de 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 (personas que tienen dificultades de la audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la **Sección D1** encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan.

Consulte la Sección A más arriba para obtener información sobre cuándo entrará en vigencia su solicitud de cambio o terminación de la afiliación.

C. Cómo inscribirse a otro plan MyCare Ohio

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 MyCare Ohio diferente:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura con CareSource MyCare Ohio finalizará el último día del mes en el que recibimos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid

Si no desea inscribirse en otro plan MyCare Ohio, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado. CareSource MyCare Ohio seguirá proporcionando sus servicios de Medicaid.

D1. Formas de obtener los servicios de Medicare

Podrá decidir cómo recibir los beneficios de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1. <p>Dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio de manera automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	--



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan independiente para medicamentos de venta con receta de Medicare.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede seleccionar un plan de la Parte D en este momento.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1. <p>Dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio de manera automática 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>NOTA: 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 con receta si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 (TTY: 711).</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</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"> • Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1. <p>Dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio de manera automática 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, así como 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 a. m. a 8



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.

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. Durante este tiempo, siga recibiendo los servicios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan.

- Utilice nuestra red de proveedores para recibir atención médica.
- **Use nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado en el día en que cambia o termina su afiliación a CareSource MyCare Ohio, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital 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 tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

- 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.

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 a nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación (ID) de afiliado 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 cabe la posibilidad de acciones penales 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 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de 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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

nuestra solicitud de finalizar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J para obtener información sobre eso.

I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea más información acerca de cuándo Medicare y Medicaid pueden terminar su afiliación, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos claves que se usan a lo largo del *Manual del Afiliado* junto con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información además de la que incluye una definición, póngase en contacto con el 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 médica: 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.

Afiliado a Community Well: MyCare Ohio es un proyecto piloto que integra los beneficios de Medicare y Medicaid en un programa. Se administra a través de una asociación entre los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y Medicaid de Ohio. Las personas elegibles incluyen aquellas que están en un centro de enfermería, personas en un hogar o ámbito comunitario y aquellas personas en la comunidad que no reciben servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Support, LTSS) que tienen elegibilidad doble. Este último grupo se denomina “Community Well”. La categoría “Community Well” representa a aquellos beneficiarios que no cumplen con la norma del nivel de atención en un centro de enfermería (nursing facility level of care, NFLOC).

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.

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.

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.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare**.

la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Biosimilar: Un medicamento de venta con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Ver "Biosimilares intercambiables").

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.

Equipo de atención: Médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención y el administrador de atención médica trabajarán junto a usted para proponer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades. El equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que necesita.

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.

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.

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 con receta de la Parte D durante el mes.

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 identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio al obtener servicios o recetas. Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no comprende.

Farmacias de la red: Las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red cuyos servicios desee utilizar. Salvo en una emergencia, usted *debe* surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague por 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: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre medicamentos cubiertos y prestaciones. Esto incluye los importes de los gastos compartidos, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: 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 un hospicio. 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 hospicio en su área geográfica.

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 CareSource 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.

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.

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.

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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare**.

Médicamente 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.

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.

Medicare Original (Medicare tradicional o tarifa por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores médicos.

- Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Original Medicare consta de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Medicare Original.
- Los medicamentos cubiertos que requieren la autorización previa (PA) del plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

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).

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.

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.

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.

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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

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 ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

Poder permanente legal para la atención médica (POA): 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.

Producto biológico: Un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células de animales, células vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude por la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de la salud acerca de su cuidado y derivarle con ellos.

Proveedores de la red: Médicos, enfermeros/as y otros profesionales de la salud a los que puede visitar por ser afiliado de nuestro plan. Los proveedores de la red también incluyen 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*

Responsabilidad del paciente: Este es el monto que usted debe pagar por sus servicios de atención a largo plazo mientras reside en un centro.

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 con receta y de venta libre, el equipo y otros servicios por los que nuestro plan paga.

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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare**.

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.

Terapia escalonada: Norma que le obliga a probar primero otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente. Esto se puede aplicar a algunos de los medicamentos que aparecen en nuestra lista de 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.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare**.

Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio

<p>LLAME AL</p>	<p>1-855-475-3163</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios para Afiliados también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>1-833-711-4711 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. de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
<p>ESCRIBA A</p>	<p>CareSource P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738</p> <p>Envíe las apelaciones a:</p> <p>CareSource MyCare Appeals P.O. Box 1947 Dayton, OH 45401-1947</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>CareSource.com/MyCare</p>



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

English: We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 or 711), 8 a.m. - 8 p.m., Monday – Friday. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Una persona que habla español puede brindarle ayuda. Este servicio es gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，以回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。如要获取口译服务，请在周一至周五的上午 8:00 至晚上 8:00 致电 **1-855-475-3163** (聋哑人电传打字服务专线：1-833-711-4711 或 711) 联系我们。届时，我们将安排会讲普通话的人员为您提供帮助。此项服务免费提供。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，以回答您可能對我們的健康或藥物計劃擁有的任何疑問。如需口譯員，請致電 **1-855-475-3163** 聯絡我們 (TTY 聽障電話專線：1-833-711-4711 或 711) ；服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。我們將安排會說繁體中文的人員為您提供幫助。此項服務免費提供。

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), 8 a.m. - 8 p.m., Lunes - Biyernes. Matutulungan ka ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Des services d'interprétation vous sont proposés gratuitement pour répondre à toutes vos questions sur notre programme relatif à la santé ou aux médicaments. Pour obtenir un interprète, contactez-nous au **1-855-475-3163** (téléscripteur : 1-833-711-4711 ou 711) de 8 h 00 à 20 h, du lundi au vendredi. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711), 8 giờ sáng - 8 giờ tối, từ Thứ 2 đến Thứ 6. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

Russian: Мы бесплатно предоставляем услуги устного перевода в случае, если у вас могут возникнуть вопросы о нашем медицинском или лекарственном плане. Для получения услуг устного перевода, просто позвоните нам по номеру **1-855-475-3163** (телетайп: 1-833-711-4711 или 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. Вам может помочь человек, говорящий на русском языке. Эта услуга предоставляется вам бесплатно.

Arabic: المترجمين الفوريين للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك (الصحية أو الدوائية). للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 أو 711)، ص 8 صباحاً حتى 8 مساءً إلى الجمعة. يمكنك لشخص يتحدث اللغة العربية تقديم المساعدة لك. هذه الخدمة مجانية.

Italian: Disponiamo di servizi gratuiti di interpretariato per rispondere a qualsiasi domanda in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per richiedere un interprete è sufficiente chiamarci al numero **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì. Potrai ricevere assistenza da qualcuno che parla italiano come te. Il servizio è gratuito.

Portuguese: Oferecemos serviços de interpretação gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicamentos. Para obter um intérprete, basta ligar para **1-855-475-3163** (Teletipo: 1-833-711-4711 ou 711), das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira. Alguém que fale [Português] pode ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou kapab genyen sou plan sante oswa medikaman. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 oswa 711), 8 a.m. - 8 p.m., Lendi – Vandredi. Yon moun ki pale kreyòl kapab ede w. Sa se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub planu leczenia farmakologicznego. W celu skorzystania z usług tłumacza prosimy o kontakt pod numerem **1-855-475-3163** (TTY (dalekopis): 1-833-711-4711 lub 711), od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku. Asystent mówiący po polsku udzieli Państwu pomocy. Usługa jest bezpłatna.

German: Bei Fragen zu unserem Gesundheits- oder Arzneimittelplan steht Ihnen ein kostenloser Dolmetscherdienst zur Verfügung. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr unter **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 oder 711) an. Jemand, der Deutsch spricht, wird Ihnen weiterhelfen. Dieser Dienst ist kostenlos.

Korean: 건강 플랜이나 처방약 플랜에 대하여 궁금하신 점에 대해 답을 드릴 때 무료 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 통역가가 필요하시면 **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 또는 711)으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화 주십시오. 한국어를 구사하는 담당자가 도와드릴 수 있습니다. 본 서비스는 무료로 제공됩니다.

Hindi: हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्नों का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषयिणी सेवाएं हैं। दुभाषयिणी प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 या 711), 8 a.m. - 8 p.m., सोमवार - शुक्रवार, पर कॉल करें। हंदी में बात करने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह सेवा निःशुल्क है।

Japanese: 医療保険または医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご希望の方は、**1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 または 711) までお電話下さい。月～金曜日、午前8時～午後8時にご利用いただけます。日本語を話す通訳者が対応いたします。こちらは無料サービスです。

Aviso de no discriminación

CareSource cumple con las leyes federales y estatales vigentes sobre derechos civiles. No discriminamos, ni excluimos a las personas, ni las tratamos de forma distinta debido a la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el origen étnico, el estado civil, la preferencia sexual, la orientación sexual, la afiliación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública. CareSource ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades o aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés. Podemos obtener intérpretes de lengua de señas o de otros idiomas para que puedan comunicarse con nosotros o sus proveedores de manera efectiva. También hay materiales impresos gratuitos disponibles en letra grande, braille o audio. Si necesita alguno de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de CareSource. Puede presentar una queja si considera que no le hemos brindado estos servicios o que discriminamos en su contra de cualquier otra manera.

Por correo postal: CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947
Dayton, Ohio 45401

Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@CareSource.com
Teléfono: 1-800-488-0134 (TTY: 711)
Fax: 1-844-417-6254

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

Correo postal: U.S. Dept of Health and Human Services
200 Independence Ave, SW Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201

En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles beneficios a los afiliados de ambos programas.

H8452_OH-MYC-M-1568751-SP-V.3
Aprobado por CMS/ODM: 8/29/2023



Servicios para Afiliados

1-855-475-3163

TTY: 1-833-711-4711 o 711)

de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes

[CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare)