

CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

GUÍA DE INSCRIPCIÓN PARA 2027

OHIO



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

Por lo general, usted solo puede inscribirse en un plan CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP) durante el Período de elección anual (Annual Election Period, AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan CareSource MyCare Ohio fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque una casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad integrado [Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP]).
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Recientemente fui puesto en libertad después de estar encarcelado. Fui puesto en libertad el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos (EE. UU.) después de haber vivido permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve un estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (por ejemplo, recientemente obtuve Medicaid, cambié mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad integrado [Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP]).
- ☐ Me estoy mudando a un Centro de atención a largo plazo (Long-Term Care Facility, LTC), vivo en uno o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Ingresé/ingresaré al centro o me retiré/me retiraré del centro el (inserte la fecha) _____.

- ☐ Recientemente dejé un Programa de atención integral para personas mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura válida para medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare).¹ Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Participo en un Programa estatal de asistencia farmacéutica que reúne los requisitos, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare o mi estado me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir el requisito especial de elegibilidad necesario para permanecer en ese plan. Se me dio de baja del SNP el día (indique la fecha) _____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre de gran magnitud declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplicaba a mi situación, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre natural.
- ☐ Estoy en un plan que ha tenido una calificación de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 estrellas o más.
- ☐ Estoy en un plan que recientemente quedó bajo el control del estado debido a problemas financieros. Quiero cambiarme a otro plan.
- ☐ Estoy en un plan que recientemente incumplió su contrato. Quiero cambiarme a otro plan.¹
- ☐ Recientemente, cancelaron mi suscripción de mi plan en relación con las sanciones de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Quiero cambiarme a otro plan.¹
- ☐ Recientemente experimenté una circunstancia excepcional. Quiero cambiarme a otro plan.¹

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con CareSource al **1-844-607-2830** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-833-711-4711 o 711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos en el mismo horario, los siete días de la semana.

¹Este período de inscripción requiere aprobación antes de su uso. Las personas deben llamar para hacer una elección utilizando este Período de inscripción especial al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Prima mensual del plan para personas que reciben ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta

Si recibe ayuda adicional de Medicare para colaborar con el pago de los costos del plan de medicamentos con receta de Medicare, su prima mensual del plan será más baja de lo que sería si no recibiera ayuda adicional de Medicare.

Si recibe ayuda adicional, su prima mensual del plan será de \$0 para nuestro plan CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP). (Lo anterior no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que deba pagar).

La prima de MyCare de CareSource incluye cobertura tanto para servicios médicos como para medicamentos con receta.

Si no está recibiendo ayuda adicional, puede averiguar si reúne los requisitos llamando a:

- 1-800-Medicare, o los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día/los 7 días de la semana).
- La oficina de Medicaid de su estado.
- La Administración del Seguro Social (Social Security Administration), al 1-800-772-1213.
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-711-4711 o 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana en el mismo horario.



CareSource es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda perfectamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al: 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).



COMPRENDA LOS BENEFICIOS

- ☐ La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **CareSource.com/MyCare-SNP** o llame al **1-844-607-2830 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que le brindan atención ahora pertenecen a la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus recetas.
- ☐ Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos tienen cobertura.

COMPRENDA LAS REGLAS IMPORTANTES

- ☐ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Con excepción de situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (estos proveedores son aquellos médicos que no aparecen en la lista del directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP). La posibilidad de inscribirse dependerá de si se comprueba que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la atención médica por parte de un plan estatal de Medicaid y, además, aparece bajo la categoría de Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+), Beneficiario específico con bajos ingresos de Medicare Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+) o con Doble Elegibilidad para beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE).
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica de Medicare Advantage terminará cuando comience su nueva cobertura de CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP). Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la cobertura de CareSource MyCare Ohio. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de CareSource MyCare Ohio, tal vez desee abandonar su póliza de Medigap, ya que pagará por una cobertura que no puede usar.



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

¿Qué sucede a continuación como afiliado nuevo a CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)?

Gracias por solicitar el plan CareSource MyCare Ohio. Nos complace que nos haya elegido para sus necesidades de atención médica de Medicare y Medicaid. Esto es lo que puede esperar de las próximas semanas:



1. Confirmación de la inscripción

CareSource trabaja con Medicare y el estado, cuando es necesario, para procesar su inscripción. Una vez que la inscripción se confirme, CareSource le enviará una **carta de confirmación**. Si Medicare necesita más información de usted, le enviaremos un aviso para explicarle qué hacer a continuación.

También recibirá una **llamada de bienvenida** de CareSource para responder las preguntas que pueda tener sobre su nuevo plan.



2. Esté atento a la correspondencia importante

Recibirá su **Guía rápida** por correo postal alrededor de dos semanas después de su carta de confirmación. Esta guía contiene información importante sobre su plan, sus beneficios y cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda.



Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado de CareSource no se incluirá en su kit de la Guía rápida. Llegará después en un correo por separado. Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado es la única tarjeta que deberá mostrar cuando reciba atención médica, odontológica, oftalmológica o de la audición, medicamentos recetados o suministros.

Si no recibe su tarjeta de identificación (ID) de afiliado en un plazo de 10 días desde la fecha de inicio, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711). Le enviaremos una nueva tarjeta por correo postal. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.



Su tarjeta de **Healthy Benefits+** también llegará en un correo separado. Tendrá \$300 y se recarga cada mes. Puede usarla para adquirir artículos de venta libre cubiertos y para servicios y artículos odontológicos, oftalmológicos y de la audición adicionales en establecimientos aprobados.



3. Conéctese con su equipo de atención

Como parte de su atención con CareSource MyCare Ohio, se le asignará un **coordinador de la atención** que lo apoyará en cada paso del camino. Nuestro equipo de coordinación de la atención lo llamará dentro de los primeros 90 días de su afiliación. Un miembro del personal de enfermería o trabajador de extensión puede ayudarlo con sus necesidades especiales de salud, a planificar su atención y mucho más.



4. Complete su evaluación de riesgos de salud

La Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) es un cuestionario sencillo que nos ayuda a entender sus necesidades de salud, su estilo de vida y las inquietudes que pueda tener.

Puede **ganar \$50 en recompensas**¹ en su cuenta de My CareSource Rewards® cuando complete la HRA.

Completar la HRA también puede ayudar a determinar si califica para el programa Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Si se aprueban sus beneficios para el programa SSBCI, puede usar su asignación mensual de \$300 para pagar más artículos y servicios en establecimientos aprobados. Estos artículos y servicios pueden incluir alimentos saludables², servicios públicos², ayuda con el alquiler y la hipoteca² y mucho más. La elegibilidad para este beneficio no se puede determinar sin la validación de CareSource.

Cómo completar su HRA: Su coordinador de la atención se comunicará con usted para ayudarlo a completar su HRA. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), y lo comunicarán directamente con su coordinador de la atención.



5. Cree su cuenta de CareSource MyLifeSM

CareSource MyLife es una herramienta en línea sencilla que lo ayuda a administrar su plan de salud. Puede encontrar su tarjeta de identificación (ID) del afiliado, consultar sus beneficios y cobertura, completar su HRA y ver su plan de atención en un solo lugar.

Para crear una cuenta, visite mylife.caresource.com o escanee este código QR con su teléfono. Necesitará su número de Seguridad Social o su número de afiliado.



CareSource es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.

¹Las recompensas están sujetas a cambio. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo y las necesidades de salud. Las recompensas pueden caducar según la fecha de emisión. Si ya no está afiliado a CareSource, se desactivará su acceso al portal de recompensas, pero el monto de las recompensas permanecerá en la tarjeta.

²Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)). Usted puede calificar para el programa SSBCI si corre un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para controlar una o más afecciones crónicas, como trastornos cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad o síndrome metabólico, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes o trastornos neurológicos. Para obtener una lista completa de afecciones crónicas que califican o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad para el programa SSBCI, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de la atención.

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP).

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP), también debe contar con lo siguiente:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que obtiene Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún material que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo artículo que recibamos que no tenga que ver con sugerencias de mejora de este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte “¿Qué sucede a continuación?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

CareSource Enrollment
P.O. Box 1294
Dayton, OH 45401-9903

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a CareSource al **1-844-607-2830**

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-833-711-4711 o 711**.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a CareSource al **1-844-607-2830 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

**Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales).**

Elija el plan en el que desea inscribirse:

☐ CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Nombre:

Apellido:

Opcional: Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)
(/ /)

Sexo:
☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono:
()

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección de envío, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):
Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

Su información de Medicaid:

Los planes para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs, D-SNP) están destinados a quienes califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, comprende que debe permanecer inscrito en el programa estatal de Medicaid a fin de seguir siendo elegible para este plan.

1) ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

2) En caso afirmativo, facilite su número de identificación de Medicaid: _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de CareSource?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
------------------------------	---	--------------------------------------

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Usted elige si quiere responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

☐ Español

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Si necesita información en otro formato distinto a los antes indicados, póngase en contacto con CareSource al **1-855-475-3163**. Nuestro horario de atención del consultorio es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo abrimos los siete días de la semana en el mismo horario. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-833-711-4711**.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales mediante correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

☐ Paquete de preinscripción para 2027 de CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Dirección de correo electrónico: _____

Solo para personas que ayuden al inscrito a completar este formulario.

Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiar u otra persona) que está ayudando a un inscrito a completar el formulario.

Nombre:

Relación con el inscrito:

Firma:

Número de matrícula nacional (solo agentes/
corredores)

IMPORTANTE: Lea la siguiente información y firme abajo.

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en CareSource.
- Al inscribirme en Medicare Advantage, reconozco que CareSource compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Las respuestas que dé en este formulario son voluntarias. Sin embargo, si no lo completa, se podría ver afectada la inscripción en el plan.
- Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CareSource, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de CareSource. Los beneficios y los servicios proporcionados por CareSource e incluidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de CareSource (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni CareSource pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que leí y comprendí el contenido de esta solicitud. En caso de que lo firme un representante autorizado (como se describió anteriormente), esa firma certifica lo siguiente:
 - Esta persona está autorizada según las leyes estatales para realizar esta inscripción y,
 - La documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguridad Social y las secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según esté especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Las respuestas que dé en este formulario son voluntarias. Sin embargo, si no lo completa, se podría ver afectada la inscripción en el plan.

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de comercialización antes de cualquier reunión de ventas presencial para garantizar que se comprenda lo que se tratará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona que tenga Medicare o por su representante autorizado.

Coloque sus iniciales a continuación junto al tipo de producto o productos que desea que el agente analice con usted.

☐

Plan de necesidades especiales de Medicare (Special Needs Plan, SNP)

Plan de necesidades especiales de Medicare (SNP): un plan Medicare Advantage que ofrece un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Entre los grupos específicos a los que presta servicios se incluyen las personas que tienen Medicare y Medicaid, las personas que residen en hogares de ancianos y las personas que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos junto a los cuales escribió sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que hablará con usted sobre los productos es empleada o contratista de un plan de Medicare. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal. También es posible que esta persona reciba un pago en función de su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su estado de inscripción actual o futuro ni lo inscribe automáticamente en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

[Firme aquí] _____

Firma:

[Firme aquí] _____

Fecha de la firma: _____

Hora de la firma: _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba, en letra de imprenta, la siguiente información:

Nombre del representante: _____

Su relación con el beneficiario: _____

El agente debe completar esta sección:

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario (opcional):	
Método inicial de contacto: (Indique aquí si el beneficiario acudió sin cita previa).	
Firma del agente:	
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	
Fecha en la que se completó la cita:	
Hora de la cita:	
Solo para uso del plan:	

La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de conservación de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)

CareSource.com/MyCare-SNP

Formulario de solicitud de participación del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar los costos directos de su bolsillo de medicamentos cubiertos por su plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Esta opción de pago puede no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Extra de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

Deseo participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare para el:

☐ Año del Plan Actual ☐ Próximo Año del Plan

NOMBRE: APELLIDO: Inicial del SEGUNDO Nombre (opcional):

Número de Medicare:

- - - - -

Número de Identificación de Miembro:

Número de RxGroup:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono:

Dirección de residencia permanente (no ingrese un Apartado Postal a menos que se encuentre sin hogar):

Ciudad:

Condado (opcional):

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un Apartado Postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Mi plan se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Mi plan me informará cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, mi plan renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con mi plan para cancelar la suscripción.

Firma:

Fecha:

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado en virtud de la ley estatal para completar este formulario de participación y tiene a disposición la documentación de esta autoridad si Medicare la solicita.

Nombre:

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal):

Número de teléfono:

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo a la siguiente dirección:

Express Scripts MPPP

P.O. Box 801101

Kansas City, MO 64180-1101

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en

<https://www.express-scripts.com/mppp> o llamarnos al **1.866.845.1803** para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al **1.866.845.1803**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1.800.716.3231**.

GUARDE ESTA HOJA PARA SUS REGISTROS

Términos y Condiciones del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Al elegir el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, acepta los siguientes términos y condiciones:

1. Le informaremos a su farmacia

Le notificaremos a su farmacia que está utilizando esta opción de pago. Se aplicará únicamente a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare que se procesen después de que se apruebe su solicitud de participación.

2. Este Plan de Pago extiende sus costos, no los reduce

Si bien esta opción de pago ayuda a administrar los costos de sus medicamentos, no los reduce. Si tiene un ingreso o recursos limitados, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para saber más sobre los programas que pueden ayudarle a reducir los costos de sus medicamentos.

3. Paga \$0 en la farmacia (se le facturará más adelante)

Cuando le surtan una receta para un medicamento elegible, no pagará nada en la farmacia. Pero sí deberá pagar su parte del costo del medicamento recetado cubierto por su beneficio de la Parte D de Medicare en virtud de su plan. Antes de retirar su medicamento recetado, asegúrese de comprender cuánto tendrá que pagar cada mes durante el resto del año. La farmacia puede ayudarle a comprender su parte del costo del medicamento recetado.

4. Recibirá una factura mensual

Cada mes, recibirá una factura por el monto adeudado, la fecha de vencimiento e información sobre cómo realizar el pago.

5. Su pago mensual puede cambiar

Sus pagos pueden cambiar cada mes porque su factura mensual se basa en lo que hubiera pagado por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior dividido por la cantidad de meses restantes del año. Sin embargo, nunca pagará más que el monto total que hubiera pagado directo de su bolsillo o el máximo de desembolso anual total de su bolsillo.

6. Si omite un pago

Si omite un pago, recibirá un aviso de recordatorio. Si no paga su factura antes de la fecha de vencimiento indicada, se lo eliminará de esta opción de pago. Aun así debe pagar el monto adeudado y es posible que no pueda volver a elegir esta opción de pago.

7. Si su Plan de la Parte D de Medicare cambia

Si por algún motivo se cancela su inscripción en el plan de la Parte D de Medicare o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, su participación en esta opción de pago finalizará. Sin embargo, usted continuará recibiendo una factura mensual por el monto adeudado hasta que el saldo se pague en su totalidad. Si se inscribe en un plan nuevo con cobertura de medicamentos, es posible que pueda volver a inscribirse en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare comunicándose con el plan nuevo.

8. Renovación automática

Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, mi plan renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con mi plan para cancelar la suscripción.

9. Puede cancelar la suscripción en cualquier momento

Puede abandonar esta opción de pago en cualquier momento sin afectar su cobertura de medicamentos de Medicare y otros beneficios de Medicare.

10. Cómo cancelar la suscripción en el Plan de Pago

Puede hacerlo a través del sitio web o llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Sin embargo, después de cancelar la suscripción, continuará recibiendo una factura cada mes por el monto adeudado hasta que se pague el saldo.

11. Pagar después de cancelar la suscripción

Pagará directamente a la farmacia los nuevos costos de bolsillo de los medicamentos después de abandonar este plan de pago.

12. ¿Tiene alguna inquietud?

Si tiene alguna inquietud, tiene derecho a presentar una queja. Siga el proceso de quejas formales que se encuentra en el Manual para Miembros o la Evidencia de Cobertura para saber cómo hacerlo.

13. ¿Ha cambiado su dirección?

Express Scripts administra este programa para su plan de la Parte D de Medicare. Si el plan tiene una dirección diferente de la que figura en el formulario, deberá comunicarse con su plan para actualizarla.

14. Acceso a su cuenta en línea

Express Scripts trabaja con un proveedor externo para ofrecer el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, que le proporciona un sitio web para ver su cuenta, programar y realizar pagos, y revisar el historial de pagos. Puede visitar este sitio web en <https://www.express-scripts.com/mppp>.

15. Proteja su cuenta

Si sospecha que su cuenta en línea o contraseña ha sido vulnerada, llame a Express Scripts de inmediato.

16. Recibirá correos electrónicos importantes

Al participar en esta opción de pago, automáticamente recibirá correos electrónicos importantes y relevantes de Express Scripts o su representante.

17. Llamadas por teléfono y mensajes de texto

Entiendo que mi plan, Express Scripts y otros terceros en su nombre pueden comunicarse conmigo por teléfono o mensaje de texto a los números de teléfono que proporciono junto con mi cobertura. Tengo conocimiento de que estas llamadas o mensajes de texto pueden realizarse mediante un sistema automatizado. Entiendo que puedo optar por no recibir llamadas ni mensajes de texto relacionados con el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y debo comunicarme con Express Scripts o mi plan de salud en cualquier momento para solicitarlo.

18. ¿Quién administra este Plan de Pago?

Express Scripts, la empresa de servicios de beneficios de farmacia de Evernorth administra este programa para su plan de medicamentos recetados para su empleador, patrocinador del plan, plan de salud o fondo de beneficios.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que le permite pagar los gastos personales de sus medicamentos con receta en forma de pagos mensuales durante el año del plan, en lugar de pagar todos a la vez en la farmacia. Unirse es completamente voluntario, lo que significa que es su elección.

El objetivo es ayudarle a administrar sus gastos personales por los medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). No existen cargos ni intereses si los pagos se hacen a tiempo. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Las personas inscritas en la Parte D que enfrentan una repartición de costos elevada durante el año del plan tienen más probabilidades de beneficiarse del programa. Esta opción de pago puede no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como Ayuda adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Antes de tomar una decisión, considere todas sus opciones y qué podría funcionar mejor para usted.

Los afiliados a CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP) no tienen copagos para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare si reciben “Ayuda adicional”.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**. También podemos ayudarle. Si tiene preguntas, llámenos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana en el mismo horario.



Department of
Medicaid

Next Generation MyCare

CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Tarjeta Healthy Benefits+



Todos los afiliados

La tarjeta de débito Healthy Benefits+ les proporciona a todos los afiliados **\$300 por mes** para comprar los siguientes artículos, servicios y accesorios que califican en ubicaciones elegibles:



Artículos de venta libre:

- Analgésicos
- Dentífrico e hilo dental
- Medicamentos para alergias, sinusitis, resfríos y gripe
- Cuidado femenino
- Vitaminas
- Cuidado de los ojos y los oídos



Odontología, visión, audición: asignación flexible suplementaria para servicios y accesorios odontológicos, oftalmológicos y para la audición. (No se limita a los proveedores de la red).

- Artículos y servicios odontológicos (limpiezas, rellenos, dentaduras postizas)
- Artículos y servicios para la visión (exámenes oftalmológicos, anteojos, lentes de contacto)
- Artículos y servicios para la audición (pruebas de la audición, audífonos)

Los montos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): afiliados aprobados¹:

En el caso de los afiliados aprobados para **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas**, los afiliados pueden usar la tarjeta Healthy Benefits+ para los siguientes artículos y servicios calificados en lugares elegibles:



Alimentos saludables:¹ frutas, verduras, carne, queso, leche, frijoles, granos, sopas



Servicios públicos:^{1 2} Internet, teléfono celular, cable, gas natural³, electricidad, agua, alcantarillado, basura



Asistencia para el alquiler y la hipoteca:^{1 2} ayuda a cubrir las facturas del alquiler y la hipoteca en las tiendas minoristas participantes, donde se acepta Mastercard.



Suministros de limpieza para el hogar:¹ detergente, jabón de cocina, limpiador de inodoro, lejía, bolsas de basura, toallas de papel



Artículos de cuidado personal:¹ champú, navajas de afeitar, enjuague bucal, humectantes, jabón, limpiadores, antitranspirantes, pañuelos



Servicios de corte de cabello y barbería:¹ en tiendas minoristas cubiertas que aceptan Mastercard.

Puede encontrar una lista de las tiendas minoristas participantes y de los artículos cubiertos adicionales en HealthyBenefitsPlus.com/MyCare-SNP.



A continuación, le brindamos algunos ejemplos:

- CVS
- Dollar General
- Kroger
- Giant Eagle
- Meijer
- Walgreens
- Walmart

¿Cómo funciona?

Recibirá la tarjeta por separado en un correo. La tarjeta tendrá las instrucciones para activarla y usarla. **Si no usa la totalidad de los \$300 durante el mes, ¡se acumularán!** Estos fondos no expirarán hasta el final de 2027.

¿Cuáles son los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)?

Los SSBCI (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill) están diseñados para ofrecer beneficios adicionales a los afiliados con ciertas afecciones de salud crónicas graves. El objetivo es ayudar a mejorar su salud. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) requieren que verifiquemos su afección de salud crónica para estos beneficios adicionales.

Tener una de las afecciones que figuran no lo califica automáticamente para recibir los beneficios SSBCI. El plan determina la elegibilidad y se le notificará si cumple con los requisitos. Si CareSource no puede verificar que se cumplan los requisitos de elegibilidad, los beneficios de SSBCI no estarán disponibles.

Los beneficios se activarán solo después de que se haya confirmado la elegibilidad. Una vez que se aprueba la elegibilidad, los beneficios de SSBCI estarán disponibles dentro de los 10 días hábiles de la fecha de confirmación. Debe esperar este plazo para el procesamiento y la activación.

Visite <https://www.CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/benefits-services/SSBCI> para ver las afecciones crónicas de los SSBCI.

Elegibilidad para los SSBCI

De acuerdo con los lineamientos de los CMS, debe cumplir todos los criterios siguientes:

1. Tener una o más de las afecciones crónicas que cumplen los requisitos;
2. Estar en riesgo alto de hospitalización o tener otros resultados de salud adversos;
3. Necesitar coordinación de atención intensiva; y
4. Ser elegible para el beneficio específico de SSBCI en función de las necesidades de salud y de apoyo individuales.



CareSource determina la elegibilidad para SSBCI y debe confirmarla mediante uno de los siguientes:

- Reclamos enviados por el proveedor
- Formulario de certificación de SSBCI completado por el proveedor
- Expedientes médicos o evaluaciones de salud que se completaron como parte del Programa de coordinación de la atención

Si aún necesita documentar su afección de salud grave o compleja, llame a Servicios para Afiliados. Estamos aquí para ayudarle.

Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre; y de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.



Healthy Benefits+

Los fondos de Healthy Benefits+ en la tarjeta prepagada de Mastercard pueden utilizarse para artículos elegibles en las ubicaciones participantes. Aplican ciertas restricciones.

¹Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Usted puede calificar para el SSBCI si corre un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para controlar una o más afecciones crónicas, como trastornos cardiovasculares, diabetes, síndrome metabólico/obesidad/sobrepeso, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes o trastornos neurológicos. Para obtener una lista completa de afecciones crónicas que califican o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad para los SSBCI, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de la atención.

²Para procesar los pagos de servicios públicos, alquiler o hipoteca, los afiliados deben proporcionar información completa y precisa de la cuenta. Esto incluye el nombre y la dirección postal de la compañía, el número de cuenta, la dirección del servicio (que debe coincidir con la dirección que figura en los registros del plan) y el nombre que figura en la cuenta.

³Pago en el surtidor no permitido.

CareSource es una HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.

MEJOR JUNTOS

MEDICARE + MEDICAID





Cómo aprovechar al máximo los beneficios del plan de CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Acceda fácilmente a sus beneficios y servicios. Use esta guía para entender mejor el plan CareSource MyCare Ohio.

Existen dos opciones de plan: El tipo de plan que usted tiene determina los beneficios y los servicios. La ayuda que podemos proporcionarle es diferente según el plan que elija.

- 1) **Afiliado a Medicare + Medicaid:** si nos elige por los servicios de Medicare y Medicaid, le será más fácil administrar su plan de salud. Recibirá atención coordinada y beneficios y servicios adicionales.
- 2) **Afiliado a Medicaid solamente:** si nos elige solo por sus beneficios de Medicaid, obtendrá sus beneficios de Medicare mediante un plan diferente. Esto significa que tendrá que explorar dos planes de salud diferentes para sus beneficios.

En la tabla de las siguientes páginas hemos desglosado las similitudes y las diferencias entre las opciones del plan.

Beneficios y servicios de CareSource MyCare Ohio

Medicare + Medicaid	Solo Medicaid
✓ Una única tarjeta de ID de afiliado a CareSource MyCare Ohio para sus beneficios de Medicare y Medicaid.	Múltiples tarjetas de ID, incluida la tarjeta de identificación solo para Medicaid de CareSource MyCare Ohio.
✓ CareSource MyCare Ohio actúa como <u>punto único de contacto</u> para todos sus servicios de Medicare y Medicaid.	CareSource MyCare Ohio actúa como su punto de contacto solo para sus servicios de Medicaid. Un plan diferente actúa como punto de contacto para sus servicios de Medicare. Tendrá dos planes de salud que explorar.
✓ Un <u>equipo de atención</u> conformado por: • Usted • Su familia • Su(s) médico(s) • Su coordinador de la atención y del plan de salud CareSource MyCare Ohio • Cualquier otra persona que elija para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.	✗ Un <u>equipo de atención</u> conformado por: • Usted • Su familia • Su(s) médico(s) • Su coordinador de la atención y del plan de salud CareSource MyCare Ohio • Su plan de atención médica de Medicare • Cualquier otra persona que elija para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.
✓ Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.	✓ Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.
✓ Acceda a CareSource MyLife SM , donde podrá obtener apoyo digital personalizado, ver su tarjeta de identificación (ID) de afiliado, información del plan y los beneficios, conectarse con su coordinador de la atención y mucho más.	✓ Acceda a CareSource MyLife, donde puede obtener apoyo digital personalizado, ver su tarjeta de identificación (ID) de afiliado, información del plan y los beneficios, conectarse con su coordinador de la atención y mucho más.
✓ Copago de \$0 para medicamentos recetados cubiertos por Medicare + Medicaid.	Costo de \$0 por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid.
✓ \$300 de asignación mensual de Healthy Benefits+ para utilizar en artículos de venta libre, alimentos saludables*, servicios públicos*, artículos de cuidado personal* y más.* 	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Hasta \$595 en recompensas de My CareSource Rewards® por realizar actividades saludables.**	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Transporte ilimitado para servicios cubiertos relacionados con salud, farmacia, servicios comunitarios/de bienestar, tiendas de comestibles y gimnasio.	Transporte que no se considera de emergencia a servicios de salud cubiertos que estén a 30 millas o más de la casa del afiliado.
✓ Beneficios de acondicionamiento físico de Silver&Fit®, incluida la membresía para los gimnasios en los centros de acondicionamiento físico participantes y en sedes seleccionadas de YMCA y un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.

Beneficios y servicios de CareSource MyCare Ohio

Medicare + Medicaid	Solo Medicaid
✓ Copagos de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicaid MÁS \$3,000 de asignación dental complementaria sujeta a un examen bucal, una limpieza, dos tratamientos con flúor, además de implantes.	Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicaid.
✓ Un examen oftalmológico más una asignación de \$250 para gafas al año.	Copago de \$0 por los servicios para la vista cubiertos por Medicaid.
✓ Un examen de la audición por año y dos audífonos (límite de uno por oído cada tres años).	Servicios de audición cubiertos por Medicaid solamente.
✓ 28 comidas después del alta de un paciente internado o de un centro de enfermería especializada).***	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Sistema de respuesta ante emergencias personales(Personal emergency response system, PERS).***	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Membresía de 12 semanas a Weight Watchers. Debe cumplir los requisitos de hipertensión, diabetes u obesidad (índice de masa corporal superior a 30).	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Máximo de \$10,000 para atención cubierta de servicios médicos de emergencia y atención de urgencia que pueda necesitar mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Copago de \$0 para servicios que no se consideran de emergencia recibidos en un hospital o departamento de emergencias.	✓ Copago de \$0 para servicios que no se consideran de emergencia recibidos en un hospital o departamento de emergencias.
✓ Programa de pares de Center for Independent Living (CIL) - Proporciona servicios básicos que incluyen defensoría, información y derivación, apoyo de pares, capacitación en habilidades y asistencia con la transición desde hogares de ancianos o instituciones a la vida en la comunidad.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Kits de seguridad para afiliados que, según la evaluación del equipo de atención, muestran estar inseguros en su hogar debido a una afección médica.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Servicio de compañía para los afiliados que cumplen con ciertos requisitos. Límite de dos horas a la semana, sin exceder las 30 horas al año. No puede duplicar los servicios cubiertos existentes.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.



Beneficios y servicios de CareSource MyCare Ohio

Medicare + Medicaid	Solo Medicaid
✓ MyResources le ayuda a encontrar programas de bajo costo o gratuitos en su comunidad para obtener alimentos, refugio, escuela, trabajo, asistencia financiera ¡y mucho más!	✓ MyResources le ayuda a encontrar programas de bajo costo o gratuitos en su comunidad para obtener alimentos, refugio, escuela, trabajo, asistencia financiera ¡y mucho más!
✓ 40 horas de atención de relevo por año están disponibles para apoyar a cuidadores no remunerados de afiliados elegibles a la Exención de MyCare Ohio. Los servicios se proporcionan como cuidado personal para el afiliado y son adicionales a los servicios incluidos en el plan de atención del afiliado.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ CareSource LifeServices® está disponible tanto para afiliados como para sus cuidadores, entre ellos:	✓ CareSource LifeServices® está disponible tanto para afiliados como para sus cuidadores, entre ellos:
✓ CareSource FoodConnect: le ayuda a acceder a comidas con relevancia cultural y médica de manera oportuna.	✓ CareSource FoodConnect: le ayuda a acceder a comidas con relevancia cultural y médica de manera oportuna.
✓ CareSource HousingConnect: apoyos relacionados con la vivienda, incluidos recursos para facilitar reparaciones destinadas a reforzar la seguridad de su vivienda actual.	✓ CareSource HousingConnect: apoyos relacionados con la vivienda, incluidos recursos para facilitar reparaciones destinadas a reforzar la seguridad de su vivienda actual.
✓ CareSource PeerConnect: compañeros de apoyo certificados que tienen experiencias de vida similares y pueden brindarle apoyo emocional ante los desafíos de la vida.	✓ CareSource PeerConnect: compañeros de apoyo certificados que tienen experiencias de vida similares y pueden brindarle apoyo emocional ante los desafíos de la vida.
✓ CareSource CaregiverConnect: apoyo para cuidadores a través de recursos educativos y apoyo social.	✓ CareSource CaregiverConnect: apoyo para cuidadores a través de recursos educativos y apoyo social.
✓ CareSource JobConnect: apoyo para el nivel educativo y la (re)capacitación laboral.	✓ CareSource JobConnect: apoyo para el nivel educativo y la (re)capacitación laboral.
✓ Si cumple los requisitos, puede obtener un teléfono inteligente sin costo o por un bajo costo a través de Pulsewrx con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados.	Este beneficio no está disponible para los afiliados a Medicaid solamente.
✓ Oportunidad de compartir comentarios sobre su plan a través de las reuniones trimestrales del Consejo Consultivo para Afiliados.	✓ Oportunidad de compartir comentarios sobre su plan a través de las reuniones trimestrales del Consejo Consultivo para Afiliados.



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

**Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Usted puede calificar para los SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar una o más afecciones crónicas, como trastornos cardiovasculares, diabetes, sobrepeso/obesidad/síndrome metabólico, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes o trastornos neurológicos. Para obtener una lista completa de las afecciones crónicas que califican o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad para los SSBCI, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de la atención.*

***Las recompensas están sujetas a cambio. Las recompensas pueden variar según la edad, el género y las necesidades de salud. Las recompensas pueden caducar según la fecha de emisión. Si ya no está afiliado a CareSource, se desactivará su acceso al portal de recompensas, pero el monto de las recompensas permanecerá en la tarjeta.*

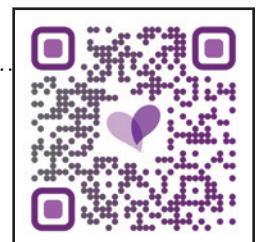
****Solo para afiliados a Community Well que reciben servicios y apoyo a largo plazo en sus propios hogares o comunidades. Excluye a los afiliados con exención de servicios domiciliarios y comunitarios y de atención a largo plazo.*

Es posible que los afiliados tengan que recibir la aprobación del plan para obtener el beneficio o pueden aplicar otras condiciones.

Estamos aquí para ayudarle a satisfacer sus necesidades de salud y bienestar. Para obtener más información, hable con su coordinador de la atención. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a alguno de estos beneficios o servicios, 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., hora del este (ET) y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana en el mismo horario.

También puede escanear este código QR o visitar **CareSource.com/MyCare-SNP** para ver sus beneficios y servicios de forma rápida.

CareSource es una HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.



CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

RESUMEN DE BENEFICIOS 2027



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

CareSource MyCare Ohio (HMO D-SNP) Resumen de beneficios para 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y los servicios cubiertos por CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y los servicios ofrecidos, así como información sobre sus derechos como miembro de CareSource MyCare Ohio. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes (PF)	5
C. Lista de servicios cubiertos.....	12
D. Beneficios cubiertos por fuera de CareSource MyCare Ohio	49
E. Servicios que CareSource MyCare Ohio, Medicare y Medicaid no cubren	49
F. Sus derechos como miembro del plan.....	50
G. Cómo presentar una queja o una apelación por un servicio denegado	53
H. Qué debe hacer en caso de una sospecha de fraude	53

H6396_OH-SNP-C-5678653_M-SPA

A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por CareSource MyCare Ohio para 2027. Esto es solo un resumen. Lea la *Evidencia de Cobertura* para conocer la lista completa de beneficios. Encontrará una copia actualizada de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en <https://www.caresource.com/oh/plans/mycare-snp/plan-documents/>. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) o solicitarnos que le enviemos por correo postal una Evidencia de Cobertura de 2027.

Horario de atención

El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana.

- ❖ Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a un intérprete, solo llámenos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) durante el horario arriba indicado. Alguien que hable su idioma puede ayudarlo. Este servicio es gratuito.
- ❖ *ATENCIÓN: Si habla español, tiene disponibles los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711). La llamada es gratis. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; entre el 1 de abril y el 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.*
- ❖ Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ❖ Para obtener más información sobre Medicaid, puede consultar el sitio web de Ohio Department of Medicaid www.medicaid.ohio.gov. También puede llamar al Defensor (Ombudsman) especial para las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid al número gratuito 1-800-282-1206.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- ❖ La asistencia de idiomas, los servicios de interpretación y la ayuda y servicios auxiliares están disponibles a solicitud sin costo para usted. Los servicios disponibles incluyen, entre otros: traducción oral, traducción escrita y ayudas auxiliares. Puede solicitar estos servicios y/o ayudas auxiliares llamando al 1-855-475-3163 durante el horario arriba indicado; las personas que tienen alguna deficiencia auditiva pueden llamar al 1-833-711-4711 o al 711 durante el horario arriba indicado.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) durante el horario arriba indicado. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- ❖ Para recibir este documento en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, infórmele al respecto a nuestro departamento de Servicios para los miembros. Mantendremos un registro de esa solicitud. Para obtener ayuda o si necesita cambiar su solicitud, llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) durante el horario arriba indicado. Esta llamada es gratuita.
- ❖ CareSource es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

B. Preguntas frecuentes (PF)

La siguiente tabla incluye las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
Qué es un Plan MyCare	MyCare Ohio es un programa de atención administrada diseñado para los residentes de Ohio que reciben beneficios TANTO de Medicaid COMO de Medicare. Este programa tiene un enfoque de grupo en lo que respecta a la coordinación de su atención en función de sus necesidades: un equipo centrado en usted. El plan MyCare Ohio que usted elija proporciona todos los mismos beneficios que ofrecen Medicare y Medicaid, incluidos servicios de atención a largo plazo y servicios de salud mental / conductual. Además, su plan MyCare Ohio puede incluir servicios adicionales para usted.

 Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en CareSource MyCare Ohio que obtengo ahora?	Usted obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de CareSource MyCare Ohio. Usted trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar qué servicios satisfarán mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted obtiene ahora podrían cambiar en función de sus necesidades y de las evaluaciones de sus médicos y de su coordinador de atención. Usted también puede obtener otros beneficios por fuera de su plan de salud de la misma manera que lo hace ahora, directamente de una agencia del estado o del condado, servicios especializados de salud mental y por trastorno por consumo de sustancias o servicios de un centro regional. Cuando se inscriba en CareSource MyCare Ohio, usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para desarrollar un Plan de atención individualizado a fin de abordar sus necesidades de salud y apoyo, en el cual se reflejen sus preferencias y sus objetivos personales. Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare que CareSource MyCare Ohio normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que CareSource MyCare Ohio cubra su medicamento, si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? (continúa en la página siguiente)	Este suele ser el caso. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con CareSource MyCare Ohio y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir recibiendo atención a través de ellos. • Los proveedores que tienen un contrato con nosotros son “proveedores dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Esto significa que aceptan miembros de nuestro plan y brindan los servicios cubiertos por nuestro plan. Usted debe utilizar los proveedores de la red de CareSource MyCare Ohio. Si utiliza proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención de urgencia o atención de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede utilizar proveedores fuera del plan CareSource MyCare Ohio. • El plan debe garantizar el acceso a los miembros a todos los centros de salud calificados federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) y/o clínicas de salud rural (Rural Health Clinic, RHC), independientemente de que se trate de un proveedor de la red. • Si actualmente usted está recibiendo tratamiento a través de un proveedor que está fuera de la red de CareSource MyCare Ohio, o tiene una relación establecida con un proveedor que está fuera de la red de CareSource MyCare Ohio, llame a Servicios para los miembros para consultar sobre la posibilidad de mantener esa conexión.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? (continúa de la página anterior)	Para averiguar si sus proveedores se encuentran en la red del plan, llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) o lea el Directorio de proveedores y de farmacias de CareSource MyCare Ohio en el sitio web del plan en https://www.caresource.com/oh/plans/mycare-snp/plan-documents/. Si CareSource MyCare Ohio es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un Plan de atención individualizado a fin de abordar sus necesidades.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un coordinador de atención de CareSource MyCare Ohio?	Un coordinador de atención de CareSource MyCare Ohio es la persona principal con quien usted se comunicará. Esta persona le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesita.
¿Qué son los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS)?	El término Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) hace referencia a los servicios proporcionados para ayudar a las personas a realizar de manera segura las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse o preparar comidas. Se pueden ofrecer en un entorno basado en la comunidad o en el hogar, o en un establecimiento como un centro de atención de enfermería o una residencia de vida asistida. Incluyen, entre otros, servicios de auxiliar de cuidado personal, entrega de comidas a domicilio, cuidado de la memoria, servicios de enfermería a domicilio, y mucho más.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie en la red de CareSource MyCare Ohio puede proporcionarlo?	La mayoría de los servicios serán proporcionados por proveedores de nuestra red. Si usted necesita un servicio que no puede proporcionarse dentro de nuestra red, CareSource MyCare Ohio pagará el costo de un proveedor fuera de la red.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Dónde está disponible CareSource MyCare Ohio?	El área de servicio de este plan incluye todos los condados de Ohio. Usted debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.
¿Qué es una autorización previa?	Autorización previa significa una aprobación de CareSource MyCare Ohio para solicitar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que habitualmente no están cubiertos por nuestra red antes de que usted reciba dichos servicios. Es posible que CareSource MyCare Ohio no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si usted no obtiene una autorización previa. Si usted necesita atención de urgencia o atención de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no es necesario que obtenga primero una autorización previa. CareSource MyCare Ohio puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga una autorización previa de CareSource MyCare Ohio antes de que se preste el servicio. Consulte el Capítulo 3 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre qué servicios requieren una autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere una autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) para solicitar ayuda.
¿Pago un monto mensual (también denominado prima) en virtud de CareSource MyCare Ohio?	No. Debido a que usted tiene Medicaid, no pagará ninguna prima mensual, incluida su prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura médica.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Pago un deducible como miembro de CareSource MyCare Ohio?	No. Usted no paga deducibles en CareSource MyCare Ohio.
¿Cuál es el monto máximo que pagaré de mi bolsillo por servicios médicos como miembro de CareSource MyCare Ohio?	No hay un costo compartido por los servicios médicos en CareSource MyCare Ohio, por lo tanto, los costos anuales que pagará de su bolsillo serán de \$0.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.CareSource.com/MyCare-SNP).

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es un breve resumen de los servicios que usted podría necesitar, sus costos y las normas sobre los beneficios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	\$0	Días 1 a 90; 60 días de reserva de por vida Excepto en el caso de una emergencia, su proveedor de atención médica debe informar al plan sobre su admisión en un hospital. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos, incluida la observación	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Atención de un médico o cirujano	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Usted desea un médico	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Atención para ayudar a prevenir enfermedades, como vacunas antigripales y pruebas de detección de cáncer	\$0	Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: Vacunas contra la neumonía Vacuna contra la gripe Vacuna contra la hepatitis B Vacuna contra la COVID-19 Puede requerirse autorización previa para algunos servicios
	Consultas de bienestar, como un examen físico	\$0	
	“Bienvenido a Medicare” (consulta preventiva por única vez solamente)	\$0	
	Atención de un especialista	\$0	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita atención de emergencia	Servicios de sala de emergencias	\$0	Los servicios de sala de emergencias se proporcionan tanto dentro como fuera de la red. NO se requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	\$0	Los servicios de atención de urgencia se proporcionan tanto dentro como fuera de la red. NO se requiere autorización previa.
Necesita pruebas médicas (continúa en la página siguiente)	Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de diagnóstico por imágenes, como tomografía axial computarizada (CAT Scan) o imagen por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI))	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita pruebas médicas (continúa de la página anterior)	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Necesita servicios auditivos / de la audición	Exámenes auditivos	\$0	Los miembros reciben: • Un examen auditivo de rutina cada año. • Dos audífonos cada 3 años, uno para cada oído. • Una adaptación y evaluación cada año. Consulte el beneficio Healthy Benefits+ para ver la cobertura de la audición adicional. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Audífonos	\$0	

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita atención dental (continúa en la página siguiente)	Chequeos dentales y atención preventiva	\$0	Usted debe usar un proveedor de Delta Dental participante. Para buscar proveedores dentales en su red, visite providers4you.com/ohiogp. Los miembros pueden recibir hasta dos exámenes orales, limpiezas y tratamientos con fluoruro cada año. *Nota: Un examen oral, una limpieza, los tratamientos con fluoruro y los implantes

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita atención dental (continúa de la página anterior)	Atención dental de restauración y de emergencia	\$0	dentales están sujetos a un máximo anual de \$3,000 de asignación dental. Consulte el beneficio Healthy Benefits+ para obtener información sobre la cobertura dental adicional. Debido a que usted tiene Medicaid, muchos servicios dentales, incluidos los servicios dentales integrales y preventivos, están cubiertos. Para ver la cobertura dental de Medicaid, visite https://medicaid.ohio.gov/families-and-individuals/srvcs/dental Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita atención de la vista	Exámenes de la vista	\$0	Un examen de la vista cada año.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	Los miembros reciben hasta \$250 de asignación cada año , que cubren anteojos y lentes de contacto. Usted debe usar un proveedor de Atención de la vista de EyeMed participante. Consulte el beneficio Healthy Benefits+ para obtener información sobre la cobertura de la vista adicional.
	Otra atención de la vista (como una prueba anual de detección de glaucoma para pacientes de alto riesgo y un examen anual de retinopatía diabética)	\$0	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios de salud conductual (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud conductual	\$0	Este plan proporciona cobertura para una gama completa de servicios de salud mental para pacientes internados y pacientes externos, incluidos los servicios por trastorno por consumo de sustancias. Para ver la cobertura de salud conductual adicional de Medicaid, visite https://medicaid.ohio.gov/families-and-individuals/srvcs/bh/bh Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios de salud conductual (continúa de la página anterior)	Atención para pacientes internados y pacientes externos y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud conductual	\$0	CareSource MyCare Ohio proporciona cobertura para servicios de salud mental para pacientes internados y pacientes externos, incluidos, entre otros, intervención en crisis y hospitalización psiquiátrica, administración de casos, servicios terapéuticos y de rehabilitación, y tratamiento residencial. Límite de 190 días en la vida para servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados. Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita servicios por trastorno por consumo de sustancias	Servicios por trastorno por consumo de sustancias	\$0	CareSource MyCare Ohio proporciona una gama completa de servicios para adicciones, incluidos servicios para pacientes externos y servicios intensivos para pacientes externos, administración de casos, servicios de tratamiento residencial y por consumo de opioides. Si necesita servicios de salud conductual y/o por abuso de sustancias, llame a su Coordinador de atención o a Servicios para los miembros. También puede remitirse directamente usted mismo a un centro del Departamento de Servicios de Salud Mental y para las Adicciones de Ohio (Department of Mental Health and Addiction Services, MHAS) y/o a un proveedor certificado de servicios de salud conductual de la comunidad. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios de atención de enfermería especializada	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita un lugar para vivir con personas disponibles para ayudarlo	Atención en un centro de cuidados	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Acogida temporal para adultos y acogida temporal grupal para adultos	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Necesita terapia después de un accidente cerebrovascular o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para trasladarse a los servicios de salud	Servicios de ambulancia	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a citas médicas y servicios médicos	\$0	Transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Transportation, NEMT) ilimitado para servicios cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios, servicios de farmacia, servicios comunitarios/de bienestar, y servicios relacionados con los determinantes sociales de la salud (Social Determinants of Health, SDOH), incluidos gimnasios participantes en programas de acondicionamiento físico, tiendas de abarrotes. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información adicional.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen los medicamentos proporcionados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre estos medicamentos. Podríamos requerir que primero pruebe un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. Esto se conoce como Tratamiento escalonado. Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa de la página anterior)	Medicamentos de la Parte D de Medicare	\$0 por un suministro para 30 días	Es posible que haya limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)</i> de CareSource MyCare Ohio para obtener más información. Un suministro extendido para hasta 102 días de algunos medicamentos está disponible a través del servicio de pedido por correo y de la mayoría de las farmacias minoristas. Para obtener más información, consulte nuestra <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para ver los medicamentos disponibles para un suministro extendido. Es posible que se apliquen límites de cantidad y/o Tratamiento escalonado. Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa de la página anterior)	Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) / con receta (RX) que no están cubiertos por Medicare	\$0	Los medicamentos y los productos cubiertos por Medicaid incluyen productos minerales y vitaminas con receta, y productos de venta libre (OTC): antitusivos, vitaminas, antiácidos, antidiarreicos, ablandadores de heces, laxantes, protectores de heridas y lágrimas artificiales que no están cubiertos en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Es posible que haya limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Algunos medicamentos cubiertos por Medicaid pueden requerir una autorización previa o pueden requerir que usted pruebe otro medicamento primero, esto se conoce como Tratamiento escalonado. También podrían aplicarse límites de cantidad. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección		\$0	Usted también puede obtener artículos de venta libre a través de HealthyBenefits+. Consulte Healthy Benefits+ para obtener más información.
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Equipo médico para atención a domicilio, incluidos dispositivos de ayuda complementarios y por exención	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios de diálisis	\$0	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	\$0	Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Cuidado de rutina de los pies para los miembros con afecciones que afectan a las piernas, como la diabetes. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios de órtesis	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Necesita equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) (continúa en la página siguiente)	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Nebulizadores	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) (continúa de la página anterior) Nota: Esta no es una lista completa del DME cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios para los miembros o consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> .	Equipo y suministros de oxígeno	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Equipo y suministros de oxígeno	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continúa en la página siguiente)	Servicios de atención médica a domicilio	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios en el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de sujeción	\$0	Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determina que existe la necesidad de atención a largo plazo.
	Servicios de salud diurnos para adultos	\$0	Si desea verificar si es elegible para servicios de exención, hable con su Coordinador de atención de CareSource MyCare Ohio.
	Servicios de vida asistida	\$0	
	Servicios de integración comunitaria	\$0	
	Servicios mejorados de vida en la comunidad	\$0	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continúa de la página anterior)	Entrega de comidas a domicilio	\$0	Solo para miembros de community-well que reciben sus servicios y apoyos de atención a largo plazo en sus propias viviendas o comunidades. Se excluye a los miembros con atención a largo plazo y exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS).
	Cuidado de relevo fuera del hogar	\$0	Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determina que existe la necesidad de atención a largo plazo.
	Servicios de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response Services, PERS)	\$0	Solo para miembros de community-well que reciben sus servicios y apoyos de atención a largo plazo en sus propias viviendas o comunidades. Se excluye a los miembros con atención a largo plazo y exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS).
	Enfermería por exención	\$0	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continúa de la página anterior)	Asesoramiento de trabajo social por exención	\$0	Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determina que existe la necesidad de atención a largo plazo.
	Transporte por exención	\$0	
	Servicios de habilitación diurna	\$0	Si desea verificar si es elegible para servicios de exención, hable con su Coordinador de atención de CareSource MyCare Ohio.
	Servicios para ayudarlo a vivir solo (servicios de atención médica a domicilio o servicios de asistente de cuidado personal)	\$0	Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determina que existe la necesidad de atención a largo plazo. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia (Department of Job and Family Services, DJFS) del condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga responsabilidad del paciente.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Healthy Benefits+	\$0	Los miembros reciben \$300 cada mes en la tarjeta de débito Healthy Benefits+ para adquirir los siguientes artículos, servicios y accesorios que califican en establecimientos elegibles: • Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) • Servicios dentales • Servicios de la vista • Servicios auditivos En el caso de los miembros que hayan recibido la aprobación para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), los miembros pueden usar la tarjeta Healthy Benefits+ para los siguientes artículos y servicios que califican en establecimientos elegibles: • Alimentos saludables* • Servicios públicos* • Asistencia para el alquiler y la hipoteca*

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Healthy Benefits+	\$0	• Suministros de limpieza para el hogar* • Artículos de cuidado personal* • Servicios de peluquería y barbería* Los montos no utilizados se transfieren cada mes y vencen al final del año. Recuerde completar la Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) con su Coordinador de atención o solicítele a su proveedor que complete y presente un formulario de certificación del proveedor que valide su afección. *Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Usted podría calificar para recibir Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) si corre un alto riesgo de ser hospitalizado y requiere coordinación de cuidados intensivos para controlar una o más afecciones crónicas,

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Healthy Benefits+	\$0	como enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso / obesidad / síndrome metabólico, trastornos neurológicos o enfermedades mentales de carácter crónico e incapacitantes. Para obtener una lista completa de las afecciones crónicas que reúnen los requisitos o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad para los SSBCI, comuníquese con Servicios para los miembros o con su Coordinador de atención. También puede consultar su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Servicios de quiropráctica	\$0	La cobertura incluye radiografías de diagnóstico y manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación.
	Programa de apoyo entre pares de los Centros para una vida independiente (Centers for Independent Living, CIL)	\$0	Los CIL proporcionan servicios básicos, incluidos defensa, información y remisión, apoyo entre pares, capacitación en habilidades y asistencia para la transición de instituciones o centros de cuidados a la vida en la comunidad. Para obtener más información, hable con su Coordinador de atención.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Servicios de atención paliativa basados en la comunidad	\$0	Los servicios de atención paliativa basados en la comunidad están disponibles para los miembros elegibles con una afección grave o que pone en riesgo la vida, y se centran en mejorar la calidad de vida en cualquier etapa de la afección. Los servicios son prestados por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y pueden incluir planificación anticipada de la atención, control de síntomas físicos (incluidos medicamentos) y apoyo continuo para abordar necesidades de atención complejas.
	Compañía	\$0	Los miembros que cumplen ciertos requisitos reciben hasta 2 horas cada semana , sin superar 30 horas cada año. No puede duplicar servicios cubiertos existentes. Para obtener más información, hable con su Coordinador de atención.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Comidas	\$0	2 comidas por día durante 14 días después de una estadía en un centro de atención de enfermería especializada o como paciente internado. Sin límite para la cantidad de eventos. Solo para miembros de community-well que reciben sus servicios y apoyos de atención a largo plazo en sus propias viviendas o comunidades. Se excluye a los miembros con atención a largo plazo y exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS).

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)	\$0	El PERS consiste en un dispositivo de supervisión en el hogar que envía una alerta a un centro de llamadas, disponible durante las 24 horas, en caso de una emergencia. Solo para miembros de community-well que reciben sus servicios y apoyos de atención a largo plazo en sus propias viviendas o comunidades. Se excluye a los miembros con atención a largo plazo y exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS).

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas	\$0	La Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas (24-Hour Nurse Advice Line) proporciona acceso durante todo el día a personal de enfermería matriculado, atento y con experiencia. Los miembros pueden llamar al número gratuito de la Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios de la Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas se pueden usar sin costo para usted. Esto le ofrece una manera fácil de recibir asesoramiento e información de salud confiable desde la comodidad de su hogar.


Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas	\$0	Hablar directamente con enfermeros matriculados profesionales puede ayudarle a: – Decidir cuándo el autocuidado, una consulta médica o la sala de emergencias son la opción adecuada – Controlar sus síntomas y ayudarle a determinar qué hacer – Entender una afección o un diagnóstico reciente – Obtener información médica – Preparar preguntas para consultas médicas – Obtener más información sobre artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) o medicamentos con receta – Obtener información sobre alimentación saludable y cómo mantenerse sano

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Telesalud	\$0	Los servicios de telesalud adicionales se ofrecen a través de Teladoc® para servicios médicos generales de urgencia para el tratamiento de afecciones cotidianas como gripe, alergias, sinusitis, sarpullido, dolor de garganta, dolor de espalda, artritis y más. Los miembros pueden seguir teniendo citas de telesalud con sus proveedores, si sus proveedores ofrecen esa opción. Consulte Servicios de médicos / proveedores, incluida la sección consultas en el consultorio del médico, para obtener detalles adicionales sobre la cobertura de Telesalud. Teladoc también cuenta con proveedores de servicios de salud mental disponibles los siete días de la semana de 7 a.m. a 9 p.m. Ellos pueden ayudar con casos de ansiedad, depresión, estrés, consumo de sustancias, traumas y más. Las consultas de salud mental se deben programar con anticipación.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Servicios y suministros para la diabetes	\$0	Los servicios y suministros para la diabetes se limitan a fabricantes específicos: • Glucómetros y tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre: ○ Productos Abbott Diabetes y Trividia • Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitor, CGM): ○ Abbott FreeStyle & Dexcom Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	FindHelp	\$0	MyResources le ayuda a encontrar programas gratuitos o de bajo costo en su comunidad para alimentos, vivienda, educación, empleo, apoyo financiero, ¡y más! Visite CareSource.findhelp.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para buscar apoyo cerca de usted.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Programas educativos sobre salud y bienestar, y acondicionamiento físico	\$0	Este beneficio incluye: • Acceso a una red de centros de acondicionamiento físico participantes. • Un kit de acondicionamiento físico en el hogar cada año (elija entre opciones como: kits para caminar, de fuerza, de tonificación, de yoga o de autocuidado; las opciones pueden variar según la disponibilidad) • Recursos de acondicionamiento físico y de bienestar en línea a través de Well-Being Club, incluidos: ○ Videos de ejercicios a pedido ○ Eventos y clases virtuales en vivo ○ Sesiones de asesoramiento en salud y bienestar

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	CareSource LifeServices®	\$0	CareSource LifeServices® está disponible tanto para los miembros como para sus cuidadores. Estos recursos están disponibles para usted: CareSource FoodConnect ayuda a garantizar que los miembros tengan acceso a comidas cultural y médicamente apropiadas de una manera oportuna. CareSource HousingConnect conecta a los miembros con apoyos para la vivienda, incluidos recursos para facilitar reparaciones con el fin de que la vivienda actual sea segura. CareSource PeerConnect conecta a los miembros con prestadores de apoyo entre pares certificados que tienen experiencias de vida similares y que pueden brindar apoyo emocional para afrontar los desafíos de la vida

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	CareSource LifeServices®	\$0	CareSource CaregiverConnect está diseñado específicamente para apoyar a los cuidadores que atienden a nuestros miembros mediante recursos educativos y apoyo social. CareSource JobConnect respalda a los miembros y a sus personas de apoyo principales en su camino hacia la obtención de educación y la (re)capacitación laboral.
	Aplicación CareSource MyLife SM	\$0	Experiencia digital personalizada para que los miembros obtengan su identificación, información sobre el plan y los beneficios, y se conecten con su Coordinador de atención, y mucho más, desde su teléfono.
	Herramientas en línea para la salud y el bienestar	\$0	Plataforma en línea que ofrece herramientas personalizadas de bienestar, salud mental y autocontrol, que pueden ayudarle a comprender mejor su salud, a tomar medidas y a acceder más fácilmente al apoyo y a la atención que necesita.
	Servicios de prótesis	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Pulsewrx – Teléfono celular		Podemos conectarlo con un programa que puede ayudarle a obtener acceso a un teléfono inteligente gratuito o de bajo costo. Si reúne los requisitos, puede obtener un teléfono con datos, mensajes de texto y llamadas ilimitadas.
	Radioterapia	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Relevo para cuidadores	\$0	Si usted reúne los requisitos como miembro de MyCare Ohio con exención, su cuidador puede recibir hasta 40 horas de cuidado de relevo cada año. Estos servicios se brindan como cuidado personal para usted y son adicionales a los servicios de su plan de atención.
	Kits de seguridad	\$0	Kits de seguridad solo para los miembros que, conforme a la evaluación del equipo de atención, se determina que no están seguros en su hogar debido a una afección. Para obtener más información, hable con su Coordinador de atención.

Necesidad o inquietud relacionada con la salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Información sobre beneficios, limitaciones y excepciones (normas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa de la página anterior)	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	WW (anteriormente conocido como Weight Watchers)	\$0	El beneficio consiste en una membresía de WW de 12 semanas para los miembros elegibles que participen en la administración de la atención y que tengan un diagnóstico que califica de presión arterial alta, diabetes u obesidad (índice de masa corporal superior a 30). Para obtener más información, hable con su Coordinador de atención.
	Servicios de emergencia en todo el mundo, Servicios de urgencia y Transporte		Monto máximo de \$10,000 cada año.

El resumen de beneficios de arriba se proporciona para fines informativos únicamente, y no es una lista completa de los beneficios. Para acceder a una lista completa y obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* de CareSource MyCare Ohio. Si no tiene una *Evidencia de Cobertura*, llame a Servicios para los miembros de CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para los miembros o visitar **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

D. Beneficios cubiertos por fuera de CareSource MyCare Ohio

Hay algunos servicios que usted puede obtener que no están cubiertos por CareSource MyCare Ohio, pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o por una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) para obtener información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o por una agencia estatal	Sus costos
Ciertos servicios de atención de hospicio cubiertos por fuera de CareSource MyCare Ohio	\$0

E. Servicios que CareSource MyCare Ohio, Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) para obtener información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que CareSource MyCare Ohio, Medicare y Medicaid no cubren	
Servicios que no se consideran “razonables y necesarios” de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.	Cirugía cosmética u otros procedimientos de carácter estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como el tratamiento de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y	Atención quiropráctica, excepto las radiografías de diagnóstico y la manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación, de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.CareSource.com/MyCare-SNP).



Servicios que CareSource MyCare Ohio, Medicare y Medicaid no cubren	
artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.	
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y esté cubierto por Medicare.	Servicios para el tratamiento de la infertilidad.
Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.	

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de CareSource MyCare Ohio, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin ser castigado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos acerca de sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Evidencia de Cobertura*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho al respeto, la equidad y la dignidad. Esto incluye el derecho a:**
 - Obtener servicios cubiertos sin preocuparse por su afección, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, tamaño de letra grande, braille o audio) sin cargo
 - Estar libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda entender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

- Descripción de los servicios que cubrimos
- Cómo obtener servicios
- Cuánto le costarán los servicios
- Nombres de los proveedores de atención médica y del coordinador de atención
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, lo que incluye rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a:**
 - Elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año.
 - Utilizar un proveedor de atención médica para mujeres sin necesidad de una remisión.
 - Recibir los servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas.
 - Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario.
 - Dejar de tomar los medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario.
 - Solicitar una segunda opinión. CareSource MyCare Ohio pagará el costo de su consulta para obtener una segunda opinión.
 - Hacer conocer sus deseos de atención médica en instrucciones anticipadas.
- **Usted tiene derecho al acceso oportuno a la atención que no tenga ningún tipo de barreras de comunicación o de acceso físico. Esto incluye el derecho a:**
 - Recibir atención médica oportuna
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso sin barreras para las personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)
 - Contar con intérpretes para facilitar la comunicación con sus proveedores de atención médica y su plan de salud

- **Usted tiene derecho a solicitar atención de emergencia y de urgencia cuando la necesite. Esto significa que usted tiene derecho a:**
 - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en caso de una emergencia
 - Utilizar un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad. Esto incluye el derecho a:**
 - Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda entender y solicitar que sus registros se modifiquen o se corrijan
 - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
 - Tener privacidad durante el tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye el derecho a:**
 - Presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
 - Presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) del estado en el 800-324-8680 y TTY 711.
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Atención Médica Administrada o nuestros proveedores
 - Solicitar una Audiencia estatal
 - Obtener una razón detallada de por qué se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la *Evidencia de Cobertura*. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para los miembros de CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

También puede llamar al Defensor (Ombudsperson) especial para las personas que tienen Medicare y Medicaid al 1-800-282-1206, o a la Oficina del Defensor de Medicaid (Medicaid Office of the Ombudsman) al 1-800-282-1206.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

G. Cómo presentar una queja o una apelación por un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que CareSource MyCare Ohio debería cubrir algo que rechazamos, llame a Servicios para los miembros al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711). Usted podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros de CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

También puede enviarnos información por correo postal a:

CareSource
Attn: Member Grievance & Appeals
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-1947

H. Qué debe hacer en caso de una sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de atención médica que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, podría haber algunos que sean deshonestos.

Si usted piensa que un médico, un hospital o una farmacia está haciendo algo incorrecto, comuníquese con nosotros.

Llámenos a Servicios para los miembros de CareSource MyCare Ohio. Los números de teléfono son 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita.

O bien, llame a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid del Fiscal General de Ohio (Ohio Attorney General's Medicaid Fraud Control Unit) al 1-614-466-0722, o al Centro de Ayuda del Fiscal General de Ohio (Ohio Attorney General's Help Center) al 1-800-282-0515.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicios para los miembros de CareSource MyCare Ohio al:

1-855-475-3163. Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención

El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana.

Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY: 1-833-711-4711 o 711. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas (24-Hour Nurse Advice Line). Un enfermero escuchará su problema y le dirá cómo recibir atención. (*Ejemplo:* atención de urgencia o sala de emergencias). Los números de la Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas son: 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711).

Las llamadas a este número son gratuitas. La línea de ayuda está disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana.

CareSource MyCare Ohio también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Si necesita atención inmediata de salud conductual, llame a la Línea para crisis de salud conductual:

Marque 988 o (800) 273-8255 (Línea de ayuda para la prevención de suicidios) o a la Línea de asesoramiento de enfermería durante las 24 horas al: 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711)

Las llamadas a estos números son gratuitas durante las 24 horas, los siete días de la semana.

 **Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Obtenga ayuda gratuita en su idioma a través de intérpretes y otros materiales en formato escrito. Obtenga ayudas y apoyo gratuitos si usted tiene una discapacidad. Llame al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.



Obtenga ayuda gratuita en su idioma a través de intérpretes y otros materiales en formato escrito. Obtenga ayudas y apoyo gratuitos si tiene una discapacidad. Llame al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

احصل على مساعدة مجانية بلغتك من خلال المترجمين الفوريين والمواد المكتوبة الأخرى. إذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، ستحصل على المساعدات والدعم مجاناً. اتصل على الرقم **1-855-475-3163**

(TTY: "الهاتف النصي للصم وضعاف السمع" **1-833-711-4711** أو **711**).

通过口译员和其他书面材料，获得您所使用语言的免费帮助。如果您有残疾，可以获得免费的辅助设备和支持。请致电：**1-855-475-3163 (TTY 专线：1-833-711-4711 或 711)**。

Erhalten Sie kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache durch Dolmetscher und andere schriftliche Unterlagen. Beziehen Sie kostenlose Hilfsmittel und Unterstützung, wenn Sie eine Behinderung haben. Rufen Sie folgende Telefonnummer an: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oder 711)**.

Obtenez une aide gratuite dans votre langue grâce à des interprètes et à d'autres documents écrits. Si vous souffrez d'un handicap, vous bénéficiez d'aides et d'assistance gratuites. Appelez le **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ou le 711)**.

Nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị với thông dịch viên và các tài liệu bằng văn bản khác. Nhận trợ giúp và hỗ trợ miễn phí nếu quý vị bị khuyết tật. Gọi **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711)**.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Grick Hilfe mitaus Koscht in dei Schprooch mit lwwersetzer un annere schriftliche Dinge. Grick Aids un Hilfe mitaus Koscht wann du en Behinderung hoscht. Ruf **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 odder 711)**.

आपकी भाषा के इंटरप्रेटर तथा आपकी भाषा में अन्य िलिखत सामिग्रियों संबंधी फ्री मदद पाएं। यदि आपको कोई िडसएिबिलिटी हो, तो मुफ्त सहायता और सपोटर् प्राप्त करें। कॉल करें **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 या 711)**.

통역사와 기타 서면 자료의 도움을 귀하의 언어로 무료로 받으세요. 장애가 있을 경우, 보조와 지원을 무료로 받으세요. **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 또는 711)**. 로 문의하세요.

በአስተርጓሚዎች እና በሌሎች የጽሑፍ ቁሳቁሶች በቋንቋዎ ከክፍያ ነፃ እርዳታ ያግኙ። የአካል ጉዳት ካለብዎት ከክፍያ ነፃ እርዳታ እና ድጋፍ ያግኙ። ወደ **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ወይም 711)** ይደውሉ።

Gba irànlówọ ọfẹ ní èdè rẹ pẹlú àwọn ògbifẹ àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlówọ àti àtilẹyin ọfẹ bí o bá ní àìlera kan. Pe **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 tàbí 711)**.

Makakuha ng libreng tulong sa wika mo gamit ang mga interpreter at mga ibang nakasulat na materyales. Makakuha ng mga libreng pantulong at suporta kung may kapansanan ka. Tumawag sa **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

لپاره لوستلو موادو د زموږ آيا. وکړو مرسته وړيا سره تاسو له لارې له (فارميتونو يعني) بنو نورو د او کي ژبه په ستاسو اړه په پاملرني روغتيا د ستاسو شو کولی موږ په ووهی زنگ غواړی؟ خدمتونه ژبي د لپاره کولو خبرو سره موږ له تاسو آيا لری؟ اړتيا ته مرستي يا ملاتړ **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711)** يا **(.711)**

వీయ ఖీయ తలు మరియు ఇతర రాతపూర్వక మెటీరియల్స్ తో మీ భాషలో ఉచిత సహాయాన్ని పొందండి. ఒకవేళ మీకు వైకల్యం ఉంటే, ఉచిత ఉపకరణాలు మరియు మద్దతు పొందండి. కాల్ చేయండి:

1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 లేదా 711).

दोभाषे र अन्य िलिखत सामग्रीहरूको माध्यमद्वारा आफ्नो भाषामा िनःशुल्क मदत प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंलाई अशक्तता छ भने िनःशुल्क सहायता र समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 वा 711)** मा कल गर्नुहोस्।

သင့်ဘာသာစကားအတွက် စကားပြန်များနှင့် အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အထောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းခေါ်ရန် - **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 သို့မဟုတ် 711)**.

Jwenn èd gratis nan lang ou ak entèprèt ansanm ak lòt materyèl ekri. Jwenn èd ak sipò gratis si w gen yon andikap. Rele **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oubyen 711)**.

Bök jibañ ilo an ejjelok wōnāān ikkijjien kajin eo am ibbān rukok ro im wāween ko jet ilo jeje. Bök jerbalin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejın utamwe. Kalle **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ak 711)**.

H6396_OH-SNP-C-5678653_M-SPA

ODM Approved: 08/31/2025



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



[CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP)



INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Calificaciones de estrellas de Medicare 2026

Official U.S.
Government
Medicare
Information



CareSource MyCare Ohio (HMO D-SNP) - H6396

Para 2026, CareSource MyCare Ohio (HMO D-SNP) - H6396 recibió la siguiente calificación de estrellas de Medicare:

Calificación de estrellas general: ★★★★★

Calificación de servicios de salud: ★★★★★

Calificación de servicios de medicamentos: ★★★★★

Cada año, Medicare evalúa los planes utilizando un sistema de calificación de 5 estrellas.

Por qué las calificaciones de estrellas son importantes

Medicare evalúa los planes según sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en función de su calidad y desempeño.

Las calificaciones de estrellas se basan en factores que incluyen:

- Comentarios de los afiliados sobre el servicio y la atención del plan
- Cantidad de miembros que permanecieron o dejaron el plan
- Cantidad de quejas que Medicare recibió sobre el plan
- Información de médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significa un mejor plan; por ejemplo, los afiliados pueden recibir mejor atención y un servicio al cliente más rápido y eficiente.

Obtenga más información sobre las calificaciones de estrellas en línea

Compare las calificaciones de estrellas de este y otros planes en línea en: [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

¿Tiene preguntas sobre este plan?

Comuníquese con CareSource MyCare Ohio (HMO D-SNP) los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, al 844-607-2830 (llamada gratuita) o al 833-711-4711 (TTY), del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención desde el 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Los afiliados actuales deben llamar al 855-475-3163 (llamada gratuita) o al 833-711-4711 (TTY).

El número de estrellas indica qué tan bueno es el desempeño de un plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ POR ENCIMA DEL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ POR DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ MALO



CareSource.com/MyCare-SNP