

2027

CareSource®
MyCare Ohio
(HMO D-SNP)

Evidencia de cobertura

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos de conformidad con CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Introducción a la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura*, también conocida como Manual del Afiliado, le informa sobre su cobertura de conformidad con nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Le explica los servicios de atención médica, servicios de salud conductual (trastorno de salud mental y por consumo de sustancias), cobertura de medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el **Capítulo 12** de esta *Evidencia de cobertura*.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Cuando esta *Evidencia de cobertura* se refiera a “nosotros”, “nos”, o “nuestro” o “nuestro plan”, significa CareSource MyCare Ohio.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio si llama a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página. La llamada es gratuita.

Si tiene problemas para leer o comprender esta Evidencia de cobertura u otra información de CareSource MyCare Ohio, comuníquese con Servicios para Afiliados. Podemos explicarle la información o proporcionársela en su idioma principal. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o de otra manera. Si tiene dificultades visuales o auditivas, se le puede proporcionar ayuda especial.

Para recibir este documento en otro idioma aparte del inglés o en un formato alternativo, comuníquese con Servicios para Afiliados. Nosotros guardaremos el registro de la solicitud. Para recibir ayuda o si necesita cambiar su solicitud, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana en el mismo horario. Esta llamada es gratuita.



H6396_OH-SNP-M-5650586_C-SPA

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Vence: 5/31/2029)

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Índice

Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado	5
Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes	18
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	36
Capítulo 4: Tabla de beneficios	56
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio	131
Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos de Medicare y Medicaid	153
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos	159
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	165
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)	187
Capítulo 10: Cómo terminar su afiliación a nuestro plan	234
Capítulo 11: Avisos legales	247
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	249

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Exenciones de responsabilidad

- ❖ Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, solo llame 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. Una persona que habla su idioma puede brindarle ayuda. Este es un servicio gratuito.
- ❖ CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP) es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- ❖ La cobertura según CareSource MyCare Ohio califica como una cobertura médica denominada “cobertura mínima esencial”. Cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Económica (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito individual de responsabilidad compartida.
- ❖ Es posible que los beneficios o los copagos cambien el 1 de enero de 2028.
- ❖ La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que lo pueda afectar con al menos 30 días de anticipación.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CareSource MyCare Ohio, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid, y su afiliación a dicho plan. También le indica qué esperar y qué otra información puede obtener de nosotros. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	7
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	7
B1. Medicare	7
B2. Medicaid	7
C. Ventajas de este plan.....	8
D. Área de servicio de nuestro plan.....	9
E. Qué lo hace elegible para ser un afiliado al plan	9
F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud.....	10
G. Su equipo de atención y su plan de atención	10
G1. El equipo de atención.....	10
G2. El plan de atención.....	11
H. Resumen de costos importantes.....	11
H1. La prima mensual de la Parte B de Medicare	12
H2. Monto del pago de medicamentos con receta de Medicare	12
I. Esta <i>Evidencia de cobertura</i>	12
J. Otra información importante que recibe de nosotros	13
J1. Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.....	13
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	13

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	15
J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	15
K. <i>Cómo mantener actualizada la información de su registro de afiliación</i>	16
K1. <i>Privacidad de su información médica personal (PHI)</i>	17

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Bienvenido a nuestro plan

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

CareSource es una organización sin fines de lucro que se ha dedicado a satisfacer las necesidades médicas de sus clientes por más de 37 años. Somos un plan de salud basado en la comunidad que comprende las necesidades diversas y sirve a más de un millón de afiliados en el estado de Ohio. El enfoque de CareSource con respecto a nuestros afiliados se basa en fuertes asociaciones comunitarias y en un enfoque geográfico. Creemos en un enfoque personalizado para coordinar la atención con el fin de construir relaciones duraderas que transformen vidas.

El programa brindará un mejor servicio a los habitantes de Ohio que tienen doble elegibilidad para la cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid. CareSource MyCare Ohio proporcionará los mismos beneficios que ofrecen Medicare y Medicaid, incluidos servicios de atención a largo plazo, servicios de salud conductual y servicios adicionales.

Este programa tiene un enfoque integrado para coordinar la atención en la que usted es el centro de interés.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

B2. Medicaid

Medicaid es el nombre del programa Medicaid de Ohio. Medicaid es administrado por el estado y lo paga el gobierno estatal y federal. El programa Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo por los servicios.

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

Medicare y el estado de Ohio aprueban nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre y cuando:

- optemos por ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Ohio nos permiten continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid no se ven afectados.

C. Ventajas de nuestro plan

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

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que usted ayuda a conformar. Su equipo de atención puede incluir a usted, su cuidador, médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tendrá acceso a un coordinador de la atención. Es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y del coordinador de la atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de la atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención lo ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma, para que puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y puedan reducir los efectos secundarios que pueda tener por tomarlos.
- Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye todos los condados en Ohio.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

Si se muda a un área fuera del área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 8** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de las consecuencias de mudarse fuera del área de servicio.

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

Usted es elegible nuestro plan, siempre y cuando:

- resida en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, incluso si están ubicadas físicamente en ella), **y**
- cuente con la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible, **y**
- actualmente sea elegible para Medicaid, **y**
- esté inscrito en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), **y**
- no cuente con una cobertura válida de un tercero, **y**
- no sea recluso de instituciones públicas, **y**
- no sea una persona con discapacidades intelectuales que cumple ciertos criterios y recibe servicios de exención de servicios domiciliarios y basados en la comunidad (home and community-based services, HCBS), **y**
- no sea una persona con discapacidad intelectual que recibe servicios a través de un establecimiento de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF-IID).

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid de Ohio, pero se puede esperar que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por CareSource MyCare Ohio. Cuando su cobertura de Medicaid de Ohio finalice, no pagaremos sus beneficios de Medicaid de Ohio. Usted será responsable del monto de repartición de costos de todos los medicamentos de la Parte D durante este período. Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener mayor información.
- Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid de Ohio. Si se su elegibilidad para Medicaid de Ohio se restablece mientras usted sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de Medicaid de Ohio y su afiliación con nosotros continuará. Si no puede recuperar Medicaid de Ohio en un plazo de seis meses, cancelaremos su afiliación a CareSource MyCare Ohio. Si usted recupera la elegibilidad para Medicaid de Ohio después de la cancelación de su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener mayor información.

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

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (health risk assessment, HRA) dentro de los 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud conductual.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completarla mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo. Nos comunicaremos con usted todos los años para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. El equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudar a que siga recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de la atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de la atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Usted obtiene un coordinador de la atención cuando se inscribe en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que nuestro plan podría no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Comuníquese con nosotros llamando a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de la atención y su equipo de atención.

G2. El plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye a su médico, coordinador del servicio de exención (si el afiliado está inscrito en la exención de MyCare), trabajadores sociales, profesionales independientes licenciados en trastornos de salud mental y consumo de sustancias, gerontólogos, especialistas en vivienda, especialistas en transporte y trabajadores de salud comunitarios.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- sus objetivos de atención médica, **y**
- un plazo para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le hablan sobre los servicios que puede querer recibir. Su plan de atención se crea en base a sus necesidades y metas. El equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene primas.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- La prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H1**)
- Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de

Medicare (**Sección H2**) **En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más baja.**

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en el **Capítulo 2 de la Sección H2**. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no aplica para usted**. Le enviamos un material separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta (que también se conoce como “Cláusula adicional de

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le explica sobre su cobertura de medicamentos. Si no este material no viene incluido, llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página y solicite la “Cláusula LIS”.

H1. La prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Se requiere que algunos afiliados paguen otras primas de Medicare Como se explica en la **Sección E** anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como también tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. En el caso de la mayoría de los afiliados a CareSource MyCare Ohio, Medicaid paga por su prima de la Parte A de Medicare (si no califica para ello de forma automática) y por su prima de la Parte B.

Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare, debe continuar pagándolas usted para seguir siendo un afiliado a nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B de Medicare. También puede pagar una prima de la Parte A de Medicare si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Servicios para Afiliados o su coordinador de la atención e infórmeles sobre este cambio.**

H2. Monto del pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en cuánto debe por los medicamentos con receta que obtiene, además del saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

En el **Capítulo 2** se brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se explican en el **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Esta Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que celebramos con usted. Esto significa que tenemos que obedecer todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar una *Evidencia de cobertura* llamando a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación (ID) de afiliado, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada *Lista de medicamentos o Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado

Conforme a nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, que incluyen los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y medicamentos con receta. Debe exhibir dicha tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o medicamentos con receta. Este es un ejemplo de tarjeta de identificación (ID) de afiliado:

 <CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)>	
Member Name: <Cardholder Name> Member ID #: <Cardholder ID#> MMIS Number: <Medicaid Recipient ID#> PCP Name: <PCP Name> PCP Phone: <PCP Phone>	 RxBIN: <RxBIN #> RxPCN: <RxPCN#> RxGRP: <RxGRP#> RxID: <RxID#>
MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0 <CMS Contract #> <Plan Benefit Package #>	

In an emergency, call 9-1-1 or go to the nearest emergency room (ER) or other appropriate setting. If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice line.

Member Services: <1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)> Dental: 1-833-778-7003 (TTY: 711) Vision: 1-844-206-6383 (TTY: 711) Hearing: 1-833-564-6222 (TTY: 711) Pharmacy Help Desk: <1-800-416-3628> Behavioral Health Crisis: <1-855-202-1087> Care Coordination: <1-855-475-3163> Provider Questions: <1-855-475-3163> 24-Hour Nurse Advice: <1-866-206-7861>	Send claims to: Attn: Claims Department P.O. Box 8730 Dayton, OH 45401-8738> Send Pharmacy claims to: <Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 52023 Phoenix, AZ 85082>
--	--

Website: <CareSource.com/MyCare-SNP>



 Department of Medicaid
 Next Generation MyCare

Si su tarjeta de identificación (ID) de afiliado se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras usted esté afiliado a nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de MyCare para obtener la mayoría de los servicios. Conserve sus tarjetas en un lugar seguro en caso de que las necesite más adelante. Si usted exhibe su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación (ID) de afiliado, el proveedor podría llegar a facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir la factura. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también conocidos como ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias en la red de nuestro plan. Mientras usted esté afiliado a nuestro plan debe usar los proveedores y las farmacias que pertenecen a la red para obtener los servicios cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) si llama a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. Los Directorios de proveedores y farmacias impresos solicitados se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que figura en la parte inferior de la página.

Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red, que incluyen, entre otros:

- Proveedores de especialidad
- Horarios de atención
- Certificaciones del consejo
- Se aceptan o no se aceptan nuevos pacientes
- Idiomas hablados
- Afiliaciones a hospitales
- Ubicación de la farmacia

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen los siguientes:
 - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud a los que puede consultar por ser afiliado a nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brinden servicios de salud contemplados en nuestro plan; **y**
 - servicios de salud conductual, que incluyen, entre otros, tratamientos asistidos por medicamentos (medication assisted treatments, MAT), trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD), salud mental y otros proveedores de salud conductual comunitarios; **y**
 - proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que no sean centros de enfermería, incluidos los proveedores de servicios diurnos para adultos, centros de vida asistida, agencias de atención médica domiciliaria, comidas con reparto a domicilio, asistencia médica domiciliaria, servicio de auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar, modificaciones al hogar, cuidado personal, servicios de enfermería privada y de exención; **y**
 - proveedores de equipo médico permanente (Durable Medical Equipment, DME), transporte, oftalmología, odontología y otros proveedores que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que acuerdan surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red cuyos servicios desee utilizar.
- Salvo en una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. De forma abreviada la llamamos *Lista de medicamentos*. Dicha lista indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos que figuran en esta lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado, según se describe en el **Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de CareSource MyCare Ohio.

La *Lista de medicamentos* también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, si bien pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando use sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a entender y dar seguimiento a los pagos por sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



La EOB le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de esta *Evidencia de cobertura* se le brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarle a dar seguimiento a su cobertura de medicamentos.

También puede solicitarnos una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página.

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

Puede mantener actualizado su registro de afiliación diciéndonos toda vez que cambie su información.

Necesitamos estos datos para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de repartición de costos. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número telefónico;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de atención médica que tenga, como por ejemplo, de parte de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, o de la indemnización de los trabajadores;
- cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico;
- una admisión en un centro de enfermería o un hospital;
- atención médica recibida en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios con respecto a quién es su cuidador (o quien sea responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** Usted no tiene la obligación de decirnos en qué estudios de investigación clínica tiene previsto participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si la información cambia, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Para actualizar su información personal en línea, ingrese a **MyLife.CareSource.com** o **CareSource.com/MyCare-SNP** y haga clic en Afiliados. Luego haga clic en CareSource MyLife para abrir una cuenta en línea.

Asegúrese de mantener su información actualizada al visitar la Página de inicio del Portal de autoservicio en ssp.benefits.ohio.gov/apspssp/ssp.portal. Actualice su información de contacto en medicaid.ohio.gov/home/update-contact-info/select-county-dropdown y el Directorio de Agencias del Condado en jfs.ohio.gov/County/County_Directory.stm. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (Department of Job and Family Services) es quien determina la elegibilidad de Medicaid, no CareSource.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información contenida en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y del estado exigen mantener su PHI confidencial. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de esta *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para importantes recursos que le pueden ayudar a responder sus preguntas acerca de nuestro plan y sus beneficios de atención médica.

También puede consultar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su coordinador de la atención y otros que puedan cumplir la función de defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Índice

A. Servicios para Afiliados.....	20
B. Su coordinador de la atención.....	23
C. Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP)	25
D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	26
E. Medicare.....	27
F. Medicaid	29
G. Ómbudsman de MyCare Ohio.....	30
H. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos.....	31
H1. Ayuda adicional de Medicare.....	31
H2. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)	31
H3. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.....	32
I. Seguridad Social	34
J. Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	35

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Servicios para Afiliados

LLAME AL	1-855-475-3163 Esta llamada es gratuita. 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. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-711-4711 o 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. 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.
FAX	1-855-489-3403
ESCRIBA A	CareSource P.O. Box 8730 Dayton, OH 45401-8738
SITIO WEB	CareSource.com/MyCare-SNP

Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener ayuda con lo siguiente:

- si tiene preguntas sobre el plan
- si tiene preguntas sobre facturación o reclamos
- las decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura con respecto al cuidado de su salud.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.
- apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión que tomamos respecto de la cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* o comuníquese con Servicios para Afiliados.
- reclamaciones sobre su atención médica
 - Puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores que no pertenecen a la red o que pertenecen a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una reclamación sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección D** a continuación).
 - Puede llamarnos y explicar su reclamación al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.
 - Si su reclamación es sobre una decisión de cobertura o sobre su atención médica o sus medicamentos, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una reclamación acerca de nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario que se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente al Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid). Llame al 1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita.
 - Usted puede enviar una reclamación acerca de CareSource MyCare Ohio directamente al Ómbudsman. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
 - Para obtener más información sobre la presentación de una reclamación, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura es una decisión respecto de:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare y a los medicamentos de Medicaid, incluidos los medicamentos de venta libre.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que rectifiquemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.
- reclamaciones sobre sus medicamentos
 - Usted puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una reclamación sobre sus medicamentos.
 - Si la reclamación se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una reclamación acerca de nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario que se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación relacionada con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.
- el pago de la atención médica o de los medicamentos por los que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*.
 - Si solicita que efectuemos el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



B. Su coordinador de la atención

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

En el momento de su comunicación introductoria, conocerá a su coordinador de la atención y se le dará su información de contacto. Espere 24 horas antes de devolver la llamada. Si no puede comunicarse con su coordinador de la atención o con el supervisor de su coordinador de la atención al cabo de 24 horas, comuníquese con Servicios para Afiliados.

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

LLAME AL	1-855-475-3163 Esta llamada es gratuita. La línea para llamar al coordinador de la atención está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-711-4711 o 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. 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.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



ESCRIBA A	CareSource P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738
SITIO WEB	CareSource.com/MyCare-SNP

Comuníquese con su coordinador de la atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- Si tiene preguntas sobre su atención médica
- Si tiene preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)
- Si tiene preguntas sobre el transporte
- Si tiene preguntas sobre cómo identificar necesidades y obtener acceso a Apoyos y Servicios a Largo Plazo. Se proporcionan apoyos y servicios a largo plazo para ayudar a los afiliados a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y mejorar su calidad de vida. Usted debe calificar para participar con este tipo de servicios.
- En algunos casos, usted puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades básicas para vivir. Es posible que pueda recibir estos servicios:
 - servicios de enfermería especializada
 - fisioterapia
 - terapia ocupacional
 - terapia del habla
 - servicios de cuidado personal
 - atención médica en el hogar

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



C. Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (Ohio Senior Health Insurance Information Program, OSHIIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas de Medicare. En Ohio, el SHIP se denomina OSHIIP.

El OSHIIP es independiente (no está relacionado con compañías de seguros ni planes de atención médica). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para dar asesoría gratuita sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

LLAME AL	1-800-686-1578 De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	711, luego marque 1-614-644-3264 Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	50 W. Town Street, Suite 300 Columbus, Ohio 43215
SITIO WEB	www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip

Comuníquese con el OSHIIP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Si tiene preguntas sobre Medicare
 - Los asesores de OSHIIP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender las opciones de su plan,
 - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
 - presentar reclamaciones acerca de su tratamiento o atención médica, y
 - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO). Este es un grupo de médicos y de otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. La QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	711
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con la QIO para obtener ayuda con lo siguiente:

- tiene preguntas sobre sus derechos relacionados con la atención médica
- cómo presentar una queja sobre la atención que recibió si ocurre algo de lo siguiente:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
 - piensa que su estadía en el hospital termina demasiado pronto, o
 - piensa que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



E. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
	Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
	Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
CHATEE EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



SITIO WEB

www.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido cuáles son sus costos y qué servicios brindan.
- Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes de Medicare.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como evaluaciones de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios para las apelaciones de Medicare.
- Obtenga información acerca de la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para enviar una reclamación a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus reclamaciones seriamente y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



F. Medicaid

Medicaid ayuda con los costos médicos y de servicios y apoyos a largo plazo para aquellas personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680. Servicio al cliente: de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.

También puede contactarse con su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local del condado si tiene dudas o necesita enviar información sobre cambios en su dirección, ingresos u otro seguro. La información de contacto se encuentra disponible en línea en: <https://jfs.ohio.gov/>

LLAME AL	1-800-324-8680 De lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town St., Suite 400 Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
SITIO WEB	www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



G. Ómbudsman de MyCare Ohio

El Ómbudsman de MyCare Ohio cumple la función de un defensor en su nombre. Puede responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le puede ayudar a saber qué debe hacer. El Ómbudsman de MyCare Ohio también lo ayuda con problemas con el servicio o la facturación. No está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-282-1206 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	Para TTY, use el Servicio de Retransmisión de Ohio: marque 711 y use 614-466-5500 para obtener información general. Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	Ohio Department of Aging 30 E Broad St, 22nd Floor Columbus, OH 43215-3414
SITIO WEB	www.aging.ohio.gov/

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



H. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

H1. Ayuda adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para Medicare y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No tiene que hacer nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
SITIO WEB	www.medicare.gov

H2. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) permite que las personas que tienen VIH/SIDA y sean elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se incluyen en el formulario del ADAP califican para la ayuda para la repartición de costos de los medicamentos con receta a través del programa blanco de la Parte B del Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health, ODH).

El programa de la Parte B del Programa Ryan White del ODH promueve la salud y el acceso a atención de calidad para los residentes de Ohio que viven con VIH. El programa ofrece un espectro completo de servicios. Para ser elegible para el programa, usted debe hacer lo siguiente:

- tener un diagnóstico de VIH positivo,
- ser residente de Ohio, y
- Tener un ingreso familiar menor o igual al 500 % del nivel federal de pobreza.

Si cambia de plan, notifíquelo a su trabajador de inscripción al ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia con el fin de obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa. Comuníquese con:

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Bureau of HIV, STI, and Viral Hepatitis
Ohio Department of Health
246 N High St Columbus, OH 43215

Teléfono: (614) 466-6374, (800) 777-4775

Fax: (866) 448-6337 (línea gratuita)

Correo electrónico: hcs@odh.ohio.gov

H3. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus gastos personales por medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Si bien esta opción de pago podría ayudarle a manejar sus gastos, no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar esta opción.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su ADAP (para quienes califican) implican más beneficios que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos. Los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov.

LLAME AL	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de llamadas es las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios para Afiliados también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



ESCRIBA A	Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare Express Scripts P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166 Esta dirección solo se debe utilizar para consultas generales. Se proporcionarán direcciones adicionales para los formularios de elección en papel y para el proceso de pago.
SITIO WEB	www.express-scripts.com/mppp

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



I. Seguridad Social

La Seguridad Social determina la elegibilidad a Medicare y maneja la inscripción.

Si se muda o cambia de dirección postal es importante que se comunique con Seguridad Social para hacérselo saber.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede usar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores de ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Presione "1" para acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le brinda información acerca de su coordinador de la atención, cómo obtener atención médica de distintos tipos de proveedores y, en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le envía una factura por los servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para poseer equipo médico permanente (DME). Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Información acerca de los servicios y proveedores	39
B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan.....	39
C. Su coordinador de la atención.....	40
C1. Qué es un coordinador de la atención.....	40
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de la atención.....	41
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de la atención	41
D. Atención de proveedores	41
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	41
D2. Atención de parte de especialistas y otros proveedores de la red	43
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan	43
D4. Proveedores fuera de la red	44
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	45
F. Servicios de salud conductual (salud mental y para trastornos por consumo de sustancias).....	46
G. Cómo obtener atención autodirigida	46
G1. ¿Qué es la atención autodirigida?	46

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



G2. Quién puede recibir atención autodirigida	46
G3. Cómo obtener ayuda para implementar la autodirección	46
H. Servicios de transporte.....	46
I. Servicios cubiertos durante una emergencia médica, cuando se necesiten de urgencia o durante un desastre	47
I1. Atención en caso de emergencia médica	47
I2. Atención necesaria de urgencia	49
I3. Atención durante un desastre	50
J. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos	50
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	50
K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica	52
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	52
K2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica.....	52
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	53
L. ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica	53
L1. Definición de institución religiosa no médica del cuidado de la salud.....	53
L2. Atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud	53
M. Equipo médico permanente (DME)	54
M1. DME como afiliado a nuestro plan	54
M2. Propiedad del DME cuando usted se cambia a Medicare Original	54
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan	55
M4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)	55

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Información acerca de los servicios y proveedores

Servicios: la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos con receta y de venta libre, el equipo y otros servicios. **Servicios cubiertos:** son cualquiera de estos servicios por los que nuestro plan paga. Los servicios de atención médica, salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura*. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura*.

Proveedores: son médicos, personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención, y tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Proveedores de la red: son los proveedores que trabajan con nuestro plan. Dichos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores le proporcionen servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención médica que le brindan a usted. Cuando usted se atiende con un proveedor de la red, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye la salud conductual y los LTSS.

Nuestro plan generalmente pagará por la atención médica y los servicios de salud conductual que usted obtiene si sigue las reglas del plan. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos que figura en el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura*.
- La atención debe considerarse **médicamente necesaria**. El concepto "médicamente necesario" significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)** de la red que proporcione y supervise su atención. Como afiliado al plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1**).
 - No necesita una derivación de su PCP para atención de emergencia o atención necesaria de urgencia o para un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin tener una derivación de su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1**).
- **Debe recibir atención de parte de los proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** en este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o atención de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I**).
 - Si necesita atención médica que cubre nuestro plan, pero que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle, usted puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener la autorización previa antes de buscar atención. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
 - Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red.

C. Su coordinador de la atención

C1. Qué es un coordinador de la atención

Su coordinador de la atención le ayudará a establecer prioridades y a vincular a todos sus médicos, farmacias, atención de salud conductual y apoyos y servicios a largo plazo a través de su plan de salud. El coordinador de la atención le ayudará a asegurarse de que sus médicos y otros proveedores trabajen juntos para satisfacer sus necesidades y respetar sus elecciones. El coordinador de la atención lo conecta con los apoyos y servicios que necesita para estar saludable y vivir donde desee. Esta persona lo ayudará con su plan de atención, responderá sus preguntas, le ayudará a obtener citas y servicios, coordinará el transporte y más.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de la atención

Puede contactar a su coordinador de la atención si llama al **1-855-475-3163** o a Servicios para Afiliados **1-855-475-3163**.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de la atención

Puede solicitar cambiar su coordinador de la atención en cualquier momento. Usted, su familia, su cuidador, su tutor o representante autorizado pueden hacerlo durante una visita en persona o comunicarse por teléfono con su coordinador de la atención. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar el cambio.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que le proporcione y administre su atención. Si no elige un PCP, nosotros le asignaremos uno.

Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

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

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención médica. Su PCP se centrará en su atención preventiva, los controles y le brindará tratamiento relacionado con la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Coordinará la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de otros médicos.

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



En ocasiones, puede existir un motivo para que su PCP sea, además, un especialista. Un ejemplo podría ser el de un especialista que esté administrando su atención médica debido a una afección actual que afecta a su salud en general. Si usted o su especialista creen que el especialista debería ser su PCP, 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. Puede contactar a su PCP llamando al consultorio del PCP. Es importante que procure conocer a su PCP en un plazo inferior a 30 días después de la inscripción.

Su elección de PCP

El Directorio de proveedores y farmacias consiste en una lista de médicos y otros profesionales de atención médica que aceptan atender a los afiliados a CareSource MyCare Ohio. Si aún no ha elegido a un PCP, seleccione uno del directorio de inmediato. Es importante iniciar una buena relación médico/paciente con su PCP tan pronto como le sea posible. Para buscar los nombres de los PCP en nuestra red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, si solicitó una copia impresa, o visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare** y usar nuestra herramienta Encontrar un médico/proveedor. Puede llamar 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. Si usted es un paciente nuevo para su PCP, llame al consultorio para programar una cita. De este modo, su PCP podrá conocerlo y comprender de inmediato sus necesidades de atención médica. Asimismo, debe solicitar que se transfieran todos sus registros médicos anteriores a su nuevo médico.

Opción de cambiar su PCP

También puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja la red del plan, le podemos ayudar a encontrar uno nuevo.

Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red hasta una vez por mes, si fuese necesario. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su proveedor deja la red del plan, le podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP. Si por algún motivo desea cambiar su PCP, primero debe llamar al Departamento de Servicios para Afiliados para solicitar el cambio. Si usted es un afiliado existente, puede hacerlo a través del portal para afiliados, CareSource MyLife (consulte la Sección 1 del Capítulo 1). Tramitaremos su cambio en la fecha en que recibamos su solicitud. CareSource MyCare Ohio le enviará una nueva tarjeta de identificación de afiliado a CareSource para informarle que su PCP ha cambiado. Servicios para Afiliados también puede ayudarle a programar su primera cita, si fuera necesario.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, como los siguientes:

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

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

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

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red que usted usa puede dejar el plan. Si uno de nuestros proveedores deja el plan, usted tiene derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestros proveedores de la red cambian durante el año, nosotros debemos brindarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
- Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha consultado en los últimos tres meses.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Lo ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo los tratamientos o las terapias que son necesarios desde el punto de vista médico. Trabajaremos con usted para que continúe obteniendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, haremos los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Recuerde que, en la mayoría de los casos, debe obtener autorización previa del plan antes de que pueda consultar a un proveedor fuera de la red. Consulte la Sección D4 a continuación para obtener información sobre cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red.
- Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención, o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

El único momento en que puede usar proveedores que no pertenecen a la red es para:

- Servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia (no se requiere autorización previa).
- Atención que cubre nuestro plan, pero no hay un proveedor de la red disponible (se requiere autorización previa).
- Servicios de vida asistida/de exención o servicios en un centro de enfermería a largo plazo, si recibió estos servicios de un proveedor que no forma parte de la red o antes de convertirse en afiliado.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio por un período corto.
- Un proveedor fuera de la red que CareSource MyCare Ohio haya aprobado para

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



que usted consulte durante o luego del período de transición de la atención.

- Servicios de especialidad que no están disponibles por parte de un proveedor de la red.

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

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

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

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

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios de exención de MyCare Ohio están destinados a satisfacer las necesidades de los afiliados que son absolutamente elegibles tanto para Medicare como Medicaid, que están inscritos en un Plan MyCare Ohio y que, según lo determina el estado de Ohio, o su designado, satisfacen un nivel de atención intermedio o profesional. Estos servicios ayudan a los individuos a vivir y actuar independientemente. Si desea saber si es elegible para recibir los servicios de exención, hable con su coordinador de la atención de CareSource MyCare Ohio. Programaremos una evaluación con la Agencia para Personas de Edad Avanzada del Área (Area Agency on Aging) local para llevar a cabo una evaluación y determinar si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si ya tiene un proveedor de atención de salud conductual, le recomendamos continuar visitando a ese proveedor para recibir su tratamiento. Si necesita servicios de salud conductual o por consumo de sustancias, llame a su coordinador de la atención o 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 autoderivarse a un centro y/o proveedor de salud conductual de la comunidad certificado del Departamento de Salud Mental y de Servicios para las Adicciones de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, MHAS). Consulte su Directorio de proveedores y farmacias, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP** para obtener los nombres y los números telefónicos de los establecimientos cercanos a su área. También puede llamarnos en el caso de que tenga una crisis. Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Solo llame a nuestra línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas, al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

G. Cómo obtener atención autodirigida

G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

La autodirección es un modelo de prestación de servicios de atención a largo plazo que ayuda a las personas de todas las edades y con todo tipo de discapacidades, a mantener su independencia en el hogar. Cuando una persona se autodirige, decide cómo, cuándo y de quién recibirán sus servicios y apoyos.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida

La autodirección está disponible en el programa de Exención de MyCare.

G3. Cómo obtener ayuda para implementar la autodirección

Los afiliados deben comunicarse con sus coordinadores del servicio de exención/coordinadores de la atención para obtener capacitación y apoyo para implementar la autodirección.

H. Servicios de transporte

Para coordinar transporte, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-1-855-475 (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.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Llame tan pronto como sepa que necesita un viaje. Comuníquese por lo menos 48 horas (dos días hábiles) antes de la visita con su médico. Los sábados, domingos y días festivos no cuentan.

Si no puede llamar 48 horas antes de su cita programada, CareSource seguirá trabajando para coordinar cualquier necesidad de transporte urgente, que incluye, entre otras, visitas de atención de urgencia, alta hospitalaria y cualquier otra necesidad de citas urgentes.

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

I. Servicios cubiertos durante una emergencia médica, cuando se necesiten de urgencia o durante un desastre

11. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor agudo, lesiones graves o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con cierto conocimiento de salud y medicina podría saber que esto puede:

- suponer un riesgo grave para su vida y, en caso de estar embarazada, la pérdida de un bebé por nacer; o
- ocasionar un daño grave a las funciones corporales, o
- provocar la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad; o
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no se cuenta con el tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la afiliada a otro hospital antes del parto;
 - el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la de su bebé.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto sea posible.** Llame al 911 o utilice la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una derivación de su PCP. No es necesario que vea a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite,

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



en cualquier lugar de los Estados Unidos, sus territorios o cualquier parte del mundo, de cualquier proveedor que tenga una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Tan pronto como pueda, informe a nuestro plan acerca de su emergencia.** Damos seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona, como su coordinador de la atención, debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Nuestro número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de Afiliado a CareSource.

Servicios cubiertos durante una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que acudir a la sala de emergencias en otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura*.

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

Una vez que termina la emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento para garantizar su mejoría. Su atención médica de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos procurarle proveedores dentro de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible. Si el proveedor que le está brindando atención médica por una emergencia considera que usted necesita otro tipo de atención para el tratamiento del problema que la causó, el proveedor debe llamar al 1-800-488-0134. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, conseguiremos proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible.

Por lo general, Medicare no cubre los servicios médicos fuera de los Estados Unidos y sus territorios; sin embargo, como beneficio complementario, ofrecemos cobertura limitada para emergencias en cualquier parte del mundo. Consulte “Servicios de atención de emergencia y servicios necesarios de urgencia y transporte a nivel mundial” en el **Capítulo 4** para obtener más detalles.

Obtener atención de emergencia aunque no haya sido una emergencia.

A veces, es difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Puede que ingrese para recibir atención de emergencia y que el médico le diga que realmente no se trataba de una emergencia. Cubrimos su atención médica, siempre que usted haya considerado, razonablemente, que su salud corría grave peligro.

No obstante, solo cubrimos la atención adicional después de que el médico le explique que no era una emergencia si:

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- utiliza un proveedor dentro de la red, o
- La atención adicional que recibe se considera “necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir dicha atención. Consulte la siguiente sección.

12. Atención necesaria de urgencia

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

Cómo obtener atención necesaria de urgencia si usted se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.

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

- usted recibe esta atención de un proveedor de la red, y
- Sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

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

Si considera que debe ir a un centro de atención de urgencias, puede:

- Llamar a su PCP para que lo asesore. Podrá comunicarse con su PCP o con un médico sustituto las 24 horas del día, los 7 días de la semana; o
- Llamar a nuestra Línea de asesoría en enfermería las 24 horas al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o
- Llamar a Teladoc®, nuestro proveedor de servicios de telesalud a pedido, al 1-800-TELADOC (835-2362), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o
- Acudir a un centro de atención de urgencia participante que figure en su Directorio de proveedores y farmacias o en nuestro sitio web, **CareSource.com/MyCare-SNP**. Luego de ir, siempre llame a su PCP para programar la atención de seguimiento.

Atención necesaria de urgencia si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención necesaria de urgencia que reciba de cualquier proveedor. No obstante, las visitas de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no están incluidas, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si temporalmente la red no está disponible.

Nuestro plan no cubre la atención que no sea de emergencia que reciba fuera de los Estados

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Unidos y sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y servicios de atención necesaria de urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos y sus territorios hasta \$10,000 anuales. Consulte “Servicios de atención de emergencia y servicios necesarios de urgencia y transporte a nivel mundial” en el **Capítulo 4** para obtener más detalles.

I3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, aún tendrá derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener más información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre declarado:

CareSource.com/MyCare-SNP.

Durante un desastre declarado, si usted no puede acceder a un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

J. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura* para saber qué debe hacer.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el importe.

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

El plan cubre todos los servicios:

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

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **usted paga el costo total.**

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

En el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* se explica qué debe hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico. También se indica cómo apelar nuestra decisión de

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP.**



cobertura. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos determinados servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Comuníquese con Servicios para Afiliados para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha usado.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado estudio clínico) es un modo que los doctores tienen de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare típicamente pide voluntarios que participen en el estudio. Cuando usted se encuentra en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de determinación de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE) Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados por Medicare Original, alentamos a usted o a su coordinador de la atención a que se comuniquen con Servicios para Afiliados para informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica

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

- habitación y comida para una internación hospitalaria que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio,
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación,
- tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones que surjan de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga todos los costos de la

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



participación en el estudio.

K3. Más información acerca de los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren sus servicios médicos en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud

L1. Definición de institución religiosa no médica del cuidado de la salud

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

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

L2. Atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud

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

- El tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no exigido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- Por tratamiento médico "exceptuado" se entiende cualquier tipo de atención o tratamiento que **no sea voluntario y que sea obligatorio** conforme a una ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos de la atención que se consideran no religiosos.
- Si usted recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Usted debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido al centro o **no** se cubrirá su estadía.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes internados (consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** para obtener más información).

M. Equipo médico permanente (DME)

M1. DME como afiliado a nuestro plan

El DME incluye determinados artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo y suministros para oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis.

Otros tipos de DME que debe alquilar. Como afiliado a nuestro plan, en general, usted **no será** el propietario de los DME alquilados, sin importar por cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la parte inferior de la página.

Incluso si tuvo el DME hasta por 12 meses consecutivos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, usted **no** será propietario del equipo.

M2. Propiedad del DME cuando usted se cambia a Medicare Original

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

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

- no obtuvo la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan,
y
- usted abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original o un plan MA.

Si usted realizó pagos por el DME en Medicare Original o plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o plan de MA no cuentan para la cantidad**

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



de pagos que debe realizar luego de abandonar nuestro plan.

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

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan

Si califica para que Medicare le cubra el equipo de oxígeno, nosotros cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubo y otros accesorios necesarios para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

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

M4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

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

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que lo alquile por 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle lo siguiente:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo necesario **cundo finaliza el período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Se lo alquila a un proveedor por 36 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



servicios por otros 24 meses.

- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de los servicios que nuestro plan cubre y las restricciones o límites en los servicios. También contiene información sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	58
B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios	58
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	58
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	62
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	128
E1. Cuidados de hospicio.....	128
E2. Transporte médico que no se considera de emergencia.....	129
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medicaid	129

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo contiene información acerca de los servicios que nuestro plan cubre. También puede conocer qué servicios no están cubiertos. La información acerca de los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 de esta *Evidencia de cobertura* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de la atención y/o Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

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

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por los servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así, incluso si le pagáramos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si lo hace, consulte El Capítulo 7 de esta *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios para Afiliados.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica qué servicios paga nuestro plan (la cobertura de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**). Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos por los servicios mencionados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted no debe pagar nada por los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos de Medicare y del Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid) de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipamiento y medicamentos) deben ser “medicamente necesarios”. El término describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Para los nuevos afiliados, es posible que durante los primeros 90 días no necesitemos que obtenga la aprobación por adelantado para cualquier tratamiento en curso, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba fuera de la red. El **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura* tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que proporcionan y administran su atención médica.
- Cubrimos algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo si el doctor u otro proveedor de la red obtienen primero la aprobación de nuestra parte. A esto se le denomina autorización previa (prior authorization, PA). Marcamos con una nota al pie de página los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA.
 - Al hablar sobre sus opciones de tratamiento, usted y su médico pueden consultar en línea la lista de autorizaciones previas (PA) (caresource.com/oh/providers/provider-portal/prior-authorization/mycare-snp/) para saber si un servicio específico requiere autorización previa y consultar los requisitos correspondientes.
- Si nuestro plan aprueba una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe seguir siendo válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual Medicare y usted 2027. Para ver el manual en línea visite www.Medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid de Ohio, pero se puede esperar que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por CareSource MyCare Ohio. Cuando su cobertura de Medicaid de Ohio termine, no pagaremos sus beneficios de

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Medicaid de Ohio. Usted será responsable del monto de repartición de costos de todos los medicamentos de la Parte D durante este período. Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener mayor información.

- Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid de Ohio. Si se recupera su elegibilidad para Medicaid de Ohio mientras usted sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de Medicaid de Ohio y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Medicaid de Ohio en un plazo de seis meses, cancelaremos su inscripción en CareSource MyCare Ohio. Si usted recupera la elegibilidad para Medicaid de Ohio después de la cancelación de su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información importante de beneficios para afiliados con ciertas afecciones crónicas

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se indican a continuación y cumple ciertos criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
 - Trastornos autoinmunitarios
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares (KP1)
 - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
 - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Afecciones crónicas que deterioran la visión, la audición (sordera) el gusto, el tacto y el olfato
 - Enfermedades gastrointestinales crónicas
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Enfermedad renal crónica (ERC)
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
 - Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su función
 - Afecciones con desafíos funcionales
 - Demencia
 - Diabetes *mellitus*

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- VIH/SIDA
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Trastornos neurológicos
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Postrasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Derrame cerebral
- De acuerdo con las pautas de CMS, para ser elegible para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), debe cumplir todos los siguientes criterios y recibir la aprobación del plan de salud antes de que se proporcionen los beneficios.
 1. Tiene una o más de las afecciones crónicas que cumplen los requisitos.
 2. Tiene un alto riesgo de hospitalización o de resultados adversos para la salud.
 3. Necesita coordinación de atención intensiva.
 4. Cumple los requisitos para recibir el beneficio específico de SSBCI según sus necesidades individuales de salud y apoyo.

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.
- Evaluaciones de salud realizadas como parte de su Programa de coordinación de la atención.

Para procesar pagos de facturas 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.

Si CareSource no puede confirmar los requisitos mencionados, los beneficios de SSBCI no estarán disponibles.

- Para obtener más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios que aparece a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

Contáctenos para obtener más información.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal Cubrimos una ecografía de detección para personas en riesgo por única vez. Nuestro plan cubre esta prueba de detección únicamente si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una derivación de su médico, médico asistente (physician assistant, PA), enfermero/a profesional (nurse practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS).	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura Cubrimos hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como: • 12 semanas o más de duración; • no específico (sin causa sistémica identificada, por ejemplo, no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Además, cubrimos ocho sesiones adicionales de acupuntura para dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. Usted no puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura por año para el dolor lumbar crónico. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), el personal de enfermería profesional (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos del estado aplicables y tienen: • un grado de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o territorio autónomo (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA, o NP/CNS requerido por nuestra regulación. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	
 Monitoreo y asesoría por consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Incluye a las mujeres embarazadas. Si el control del consumo indebido de alcohol resulta positivo, puede obtener un máximo de cuatro sesiones breves de asesoría personalizada por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la asesoría), proporcionados por un proveedor de atención primaria (PCP) o un profesional calificado en un ámbito de atención primaria.	\$0
Servicios de ambulancia o de camioneta con acceso para sillas de ruedas Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo trasladará hacia el lugar más cercano donde se le pueda brindar atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave que otras formas de traslado a un lugar de atención pudieran poner en riesgo su salud o su vida. Nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia). En casos que no son emergencias, podemos pagar por una ambulancia o camioneta con acceso para silla de ruedas. Su afección debe ser lo suficientemente grave que otras formas de acudir a un lugar de atención podrían poner en riesgo su vida o su salud. Se necesita autorización previa para servicios que no sean de emergencia.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Visita anual de bienestar Puede obtener un control médico anual. Esta es una visita para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Se paga una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de “Bienvenida a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para que las visitas de bienestar anuales tengan cobertura luego de haber contado con la Parte B durante 12 meses.	\$0
 Densitometría ósea Pagamos determinados procedimientos para los afiliados que califiquen (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son necesarios desde el punto de vista médico. También pagamos para que un médico observe y comente los resultados.	\$0
 Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o mayores • exámenes clínicos de seno cada 24 meses	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden del médico. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • ataque cardíaco en los últimos 12 meses; • cirugía de bypass coronario; • angina pectoris estable (dolor en el pecho); • reemplazo valvular/valvuloplastia; • angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se utiliza para abrir una arteria bloqueada) o endoprótesis coronaria (un procedimiento utilizado para mantener abierta una arteria); • trasplante cardíaco o cardiopulmonar; • insuficiencia cardíaca crónica estable. Limitaciones a la cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (cada una de una hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, puede recibir 36 sesiones más que se pueden distribuir a lo largo de un período más prolongado.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesaria, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de tener una enfermedad cardíaca. Durante la visita, su doctor puede: • hablarle sobre el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, y/o • brindarle consejos para asegurarse de que usted está alimentándose bien.	\$0
 Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan la existencia de defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.	\$0
CareSource MyLife Proporciona una experiencia digital personalizada para que los afiliados obtengan su ID, información del plan y los beneficios, se comuniquen con su coordinador de la atención, y mucho más, desde su teléfono.	\$0
Atención de relevo Relevo para cuidadores: Los cuidadores no remunerados de afiliados elegibles para la exención de MyCare Ohio disponen de 40 horas de servicios de relevo al año. Los servicios se proporcionan como servicios de cuidado personal para el miembro y son adicionales a los servicios incluidos en su plan de atención.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Programa de Pares de Centros para la Vida Independiente (CIL) Los Centros para la Vida Independiente (Centers for Independent Living, CIL) son organizaciones basadas en la comunidad y controladas por los consumidores, lideradas por individuos con discapacidades, y sus estructuras están construidas de forma inherente alrededor del apoyo de los pares como una herramienta para la emancipación, la creación de habilidades y la integración en la comunidad. El apoyo de pares es un enfoque centrado en las personas que potencia la experiencia vivida de personas con discapacidades para apoyar a otros con experiencias similares. Además, el apoyo de pares desempeña un papel fundamental en el tratamiento de los factores sociales determinantes de la salud (social determinants of health, SDOH), los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Comuníquese con su coordinador de la atención para obtener información adicional.	\$0
 Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • para mujeres que están en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que se han realizado una prueba de Papanicolaou con anomalías en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0
Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación • la cobertura incluye radiografías de diagnóstico y manipulación manual (ajustes) de la columna para corregir la alineación	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Evaluación de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima ni máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Se cubre la colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal cuando han transcurrido al menos 59 meses posteriores al mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada, o cuando hayan pasado 47 meses a partir del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de transcurridos al menos 23 meses posteriores al mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación) • Evaluaciones de detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las evaluaciones de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las evaluaciones de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en el mismo encuentro clínico, relacionado con la prueba de detección (como resultado de esta).	
Compañía Servicios de compañía para afiliados que cumplen ciertos requisitos. Limitado a 2 horas por semana, sin superar las 30 horas al año. No puede duplicar los servicios cubiertos existentes.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos Ciertos servicios dentales, incluidas limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de Medicaid de Ohio. Cubrimos algunos servicios odontológicos cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico para la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales en preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. También pagaremos los siguientes servicios: • examen bucal completo (uno por relación entre proveedor y paciente) • examen bucal periódico • servicios preventivos incluidos flúor y profilaxis (limpieza dental) • radiografías/imágenes diagnósticas de rutina • servicios odontológicos completos que incluyen servicios de diagnóstico no convencional, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de prótesis maxilofaciales, de implantes y quirúrgicos. Nota: Los afiliados reciben hasta \$3,000 por año calendario para los siguientes beneficios de valor agregado: un examen bucal, una limpieza, tratamientos con flúor (1 cada 6 meses) e implantes dentales. Debido a que usted tiene Medicaid, muchos servicios odontológicos, incluidos los servicios odontológicos preventivos e integrales, están cubiertos. Para ver la cobertura dental de Medicaid, visite medicaid.ohio.gov/families-and-individuals/srvcs/dental. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación) Los beneficios dentales de rutina deben ser proporcionados por un proveedor de Delta Dental. Los beneficios dentales que no sean de rutina deben ser proporcionados por un proveedor de CareSource. Para encontrar un proveedor, visite FindADoctor.CareSource.com, haga clic en “Comenzar” y complete la información sobre la ubicación. En la página “Elegir planes”, desplácese hasta “CareSource MyCare Ohio” y filtre los resultados de Medicare seleccionando “Planes duales para necesidades especiales” de la lista. Seleccione “Dental” en la sección Tipo. Visite CareSource.com/plans/dsnp/dental vision-and-hearing para obtener más información sobre los servicios dentales. Consulte la sección Asignación de Healthy Benefits+ para conocer los beneficios dentales adicionales. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	
 Prueba de detección de la depresión Pagamos por una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección se debe hacer en un ámbito de atención primaria que pueda proporcionar tratamientos de seguimiento y/o derivaciones.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de la diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta cualquiera de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • glucosa alta en la sangre (azúcar) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede calificar para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses posteriores a la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación en automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Cubrimos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre, que incluyen: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas y medidores de glucosa ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones para el control de la glucosa para corroborar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad del pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas) incluido el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye plantillas extraíbles no personalizadas provistas con los zapatos). • En algunos casos, pagamos la capacitación que le ayudará a manejar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados. Los suministros y servicios para la diabetes están limitados a fabricantes específicos: • Tiras reactivas y medidores de glucosa: ○ Productos Abbott Diabetes • Monitores de glucosa continuos (Continuous glucose monitors, CGM): ○ Productos Abbott Diabetes y Trividia. La autorización previa se requiere para algunos servicios y suministros.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico permanente (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de esta <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener una definición de “equipo médico permanente (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchón eléctrico • suministros para la diabetes • camas de hospital indicadas por un proveedor para uso domiciliario • bombas de infusión intravenosa (IV) y perchas • dispositivos de generación del habla • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón de mango curvado estándar o bastón de cuatro patas y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo para atención de diálisis. Es posible que se cubran otros artículos. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico permanente (DME) y suministros relacionados (continuación) Pagamos por todos los DME necesarios desde el punto de vista médico que Medicare y Medicaid generalmente pagan. Si nuestro proveedor de su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarle si se los puede pedir de forma especial para usted. La autorización previa se requiere para algunos servicios y suministros.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que: • proporciona un proveedor calificado para brindar atención médica de emergencia • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con cierto conocimiento de salud y medicina podría saber que esto puede: • representar un riesgo grave para su vida o, si está embarazada, para la salud de su bebé; o • ocasionar un daño grave a las funciones corporales; o • Provocar la pérdida de un miembro o del funcionamiento de un miembro. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: ○ no se cuenta con el tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la afiliada a otro hospital antes del parto; ○ el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la de su bebé. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo. Consulte la fila Servicios de atención de emergencia y servicios necesarios de urgencia en todo el mundo para obtener más detalles.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se estabilice la emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente internado solo si nuestro plan aprueba su estadía.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio para planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos [DIU], implantes, inyecciones, píldoras, parches y anillos anticonceptivos) • suministros con receta de planificación familiar (preservativos, esponja, espuma, película soluble, diafragma, capuchón cervical) • asesoría y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoría, pruebas de detección y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoría y pruebas de detección de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • anticonceptivos permanentes (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético • detección, diagnóstico y asesoría sobre anomalías genéticas y/o trastornos metabólicos hereditarios Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) También pagamos por algunos otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe usar un proveedor de la red de nuestro plan para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	
Centro de salud calificado a nivel federal El plan cubre los siguientes servicios en los centros de salud calificados a nivel federal: • visitas al consultorio para recibir atención primaria y servicios de especialistas • servicios de fisioterapia • servicios de patología del habla y de audiolología • servicios odontológicos • servicios de podiatría • servicios de optometría y/o de óptica • servicios quiroprácticos • servicios de transporte • servicios de salud mental Nota: Puede obtener los servicios de un centro de salud calificado a nivel federal dentro o fuera de la red.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
FindHelp.org Los afiliados tienen acceso directo a Findhelp.org a través del portal para afiliados CareSource MyLife para buscar recursos sociales. Para ello, pueden ingresar su código postal, generar su ubicación geográfica y ver en el mapa de resultados el recurso más cercano que necesitan.	\$0
Beneficio para el acondicionamiento físico Los afiliados tienen acceso al programa Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise sin costo. En virtud de este programa, los afiliados pueden acceder a una red de centros de acondicionamiento físico participantes sin costo. Además, los afiliados pueden elegir 1 (un) kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios sin costo. Los kits están sujetos a cambios. Los afiliados también pueden acceder a otras funciones del programa Silver&Fit, como miles de videos sobre entrenamientos a pedido, eventos virtuales y recursos en línea a través de Well-Being Club y sesiones de orientación. Para obtener más información sobre el programa Silver&Fit, visite SilverandFit.com o llámenos al teléfono gratuito 1-877-427-4788 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m. hora estándar del este. Hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios. El programa Silver&Fit no es un proveedor médico ni una farmacia, y sus asesores no ofrecen asesoramiento médico ni farmacéutico. No pueden diagnosticar ni tratar afecciones médicas, de salud mental ni de otro tipo. Los instructores proporcionan información general únicamente con fines educativos. Por cualquier inquietud médica o de salud, consulte a un profesional de atención médica calificado. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Beneficio para el acondicionamiento físico (continuación) ASH Fitness*, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), ofrece el programa Silver&Fit. Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes y Silver&Fit Connected! son marcas registradas de ASH. Aplican limitaciones, tarifas para el afiliado y restricciones. La participación de los centros de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits se basan en disponibilidad y están sujetos a cambios. * ASH Fitness no tiene afiliaciones, intereses, adhesiones ni patrocinios con ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos clubes pueden requerir el pago de una tarifa para unirse, que no forma parte de los programas Silver&Fit y que ASH Fitness no reembolsará.	
 Programas de educación sobre salud y bienestar Plataforma en línea que ofrece herramientas personalizadas de bienestar, salud mental y autocontrol que pueden ayudarle a comprender mejor su salud, tomar medidas y acceder más fácilmente al apoyo y la atención que necesita.	\$0
Asignación de Healthy Benefits+ La tarjeta de débito Healthy Benefits+ les brinda a todos los afiliados \$300 al mes para comprar los siguientes artículos, servicios y accesorios que califican en establecimientos elegibles: • Artículos de venta libre • Odontología • Visión • Audición Los montos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año. Consulte Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) para obtener más beneficios de Healthy Benefits+.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición Pagamos las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando los obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan paga un examen auditivo de rutina (1 por año), la evaluación y adaptación de un audífono (1 por oído por año) y audífonos (1 por oído cada 3 años). Se pueden considerar dos audífonos en circunstancias especiales. Los audífonos incluyen dispositivos convencionales, digitales y programables. Se cubren las baterías y los accesorios, incluidas las reparaciones. Autorización previa: se requiere para algunos servicios. Debe usar un proveedor de CareSource de la red. Consulte la sección Asignación Healthy Benefits+ para conocer los beneficios auditivos adicionales.	\$0
 Monitoreo de VIH Pagamos un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que: • solicitan una prueba de detección de VIH, o • tienen un mayor riesgo de contraer una infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad El plan cubre los siguientes servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad: • servicios de atención para adultos en centros de día • servicio de comidas alternativas • asistente para la atención domiciliaria de Choice • servicios de tareas domésticas • transición comunitaria • servicios mejorados para la vida en comunidad • asistente para la atención domiciliaria • comidas con reparto a domicilio • equipos médicos de uso domiciliario y servicios de dispositivos de adaptación y de asistencia complementarios • modificación, mantenimiento y reparación del hogar • servicios de ama de llaves • asistencia para la vida independiente • consulta sobre nutrición • servicios de atención de relevo fuera del domicilio • servicios de asistencia de cuidados personales • servicios de respuesta de emergencias personales • control de plagas Este beneficio continúa en la página siguiente.	Estos servicios están disponibles solo si el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid) determina una necesidad de atención médica a largo plazo. Es posible que usted sea responsable del pago de una obligación como paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación). • asesoría de un trabajador social • servicios de enfermería de exención • servicios de transporte bajo exención Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	
Atención de una agencia de atención médica en el hogar Antes de que pueda recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe indicarnos que los necesita, y una agencia de atención médica domiciliaria debe proporcionarlos. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa le demanda un gran esfuerzo. Cubrimos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar (para que se cubran a través del beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar combinados deben totalizar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios de atención médica y sociales • equipo y suministros médicos Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga por la terapia de infusión en el hogar, definida como los medicamentos o sustancias biológicas que se administran a través de una vena o se aplican debajo de la piel que usted recibe en su domicilio. Los siguientes son necesarios para realizar la infusión en el hogar: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina • equipos, por ejemplo, una bomba; y • suministros, por ejemplo, un tubo o catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención médica • capacitación y educación del afiliado que todavía no está incluido en el beneficio de los DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para el suministro de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos para la infusión en el hogar de parte de un proveedor calificado de terapia por infusión en el hogar. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos y suministros.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que tenemos, controlamos o en los cuales tenemos intereses financieros. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo de corto plazo • atención domiciliaria • centro de enfermería Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico terminal se facturan a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor por los servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Para servicios con cobertura de nuestro plan, pero sin cobertura de la Parte A o B de Medicare: • Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Si desea obtener servicios de hospicio en un centro de enfermería, es posible que se le pida recurrir a un centro de enfermería de la red. Además, es posible que deba pagar una obligación como paciente por los servicios recibidos en un centro de enfermería, luego de utilizar el beneficio del centro de enfermería de Medicare. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de esta <i>Evidencia de cobertura</i>. Cuando ingresa a un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Nota: si necesita cuidados que no son de hospicio, debe llamar a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados para coordinar los servicios. Los cuidados que no son de hospicio consisten en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre hospicio (solo una vez) para un afiliado con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una en cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, y vacunas adicionales si se las considera médicamente necesarias. • vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo coloca en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si presenta un riesgo y cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Cubrimos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de esta <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios para pacientes internados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el primer día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente internado. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • habitación semiprivada (o una habitación privada si fuese médicamente necesario) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • fármacos y medicamentos • análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología. • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • uso de dispositivos, como sillas de ruedas • servicios de sala quirúrgica y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios para pacientes internados para el tratamiento por consumo de sustancias • en ciertos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 por los días 1 al 90 (más 60 días de reserva de por vida) Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicios. Si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede recibir sus servicios de trasplante a nivel local o fuera de la pauta de atención de su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera de la ruta de atención para su comunidad y usted decide realizar su trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. • sangre, incluye la conservación y la administración • servicios médicos Nota: Para que se le considere paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que lo admitan formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así se le podría considerar como un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios para paciente internado en un hospital psiquiátrico Pagamos por servicios de atención de salud mental que requieran una estadía en el hospital. • atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico privado o público independiente o en un hospital general ○ para afiliados de entre 22 y 64 años en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, existe un límite de 190 días de por vida. • atención para desintoxicación de pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención médica de salud mental que requieren una estadía en el hospital. Usted recibe hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados cubierta por Medicare de por vida. El límite de 190 días no aplica a servicios de salud mental como paciente internado proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización como paciente internado: Los servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización como paciente internado no cubierta. No pagamos su estadía como paciente internado si ha utilizado todo su beneficio de paciente internado o si la estadía no es razonable ni médicamente necesaria. Sin embargo, en determinadas situaciones en las que no se cubre la atención como paciente internado, podemos pagar los servicios que reciba mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados. Cubrimos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • servicios del médico • pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluso los materiales y servicios del técnico. • vendajes quirúrgicos • cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • prótesis y órtesis, que no sean dentales, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan la totalidad o parte de: ○ un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo) o ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • soportes para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su condición • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla La autorización previa se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios y suministros para la enfermedad renal Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar decisiones correctas respecto de su atención médica. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de charlas informativas sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de esta <i>Evidencia de cobertura</i>, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o no sea accesible. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial). • Capacitación para autoadministrarse diálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo domiciliario, como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, para ayudarle en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua, en el caso de ser necesario. La Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
CareSource LifeServices® CareSource LifeServices® está disponible tanto para afiliados como para sus cuidadores. Estos recursos se encuentran a su disposición: • CareSource FoodConnect ayuda a garantizar que los afiliados tengan acceso a comidas adecuadas desde el punto de vista cultural y médico de manera oportuna. • CareSource HousingConnect conecta a los afiliados con apoyos relacionados con la vivienda, incluidos recursos para facilitar reparaciones destinadas a hacer que su vivienda actual sea segura. • CareSource PeerConnect conecta a los afiliados con pares de apoyo certificados que tienen experiencias de vida similares y pueden brindarle apoyo emocional ante los desafíos de la vida. • CareSource CaregiverConnect está diseñado específicamente para apoyar a los cuidadores que brindan asistencia a nuestros afiliados, mediante recursos educativos y apoyo social. • CareSource JobConnect apoya a los afiliados y sus principales colaboradores en el camino hacia la obtención de educación y la (re)capacitación laboral.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, TCBD) Nuestro plan paga por una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una visita de asesoría y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado por lo menos un paquete por día durante los últimos 20 años sin que se presente ninguna señal o síntoma de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba, nuestro plan paga por una nueva prueba cada año con una orden escrita de su médico o de otro proveedor calificado. Si un proveedor elige proporcionar una asesoría y de toma de decisiones compartida sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	\$0
Beneficio de comidas El máximo del beneficio por evento consiste en 2 comidas por día durante 14 días después de una estadía como paciente internado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). El número de eventos es ilimitado. Solo para afiliados de 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 basados en la comunidad y de atención a largo plazo.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o con una enfermedad renal sin diálisis. También se puede obtener luego de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico. Cubrimos dos horas de servicios de asesoría personalizada por año posterior a esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, usted puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico.	\$0
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a incrementar su conducta saludable. Brinda capacitación práctica en: • cambios a largo plazo en la dieta, • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos tienen cobertura de conformidad con la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga por los siguientes medicamentos: • medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran por medio de terapia de infusión mientras usted recibe los servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio • insulina suministrada a través de un equipo médico permanente (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que use mediante un equipo médico permanente (por ejemplo, nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (el nombre genérico es lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de la medicación, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Hable con su médico para saber qué exámenes o pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • factores de coagulación que se autoadministran por medio de inyecciones si tiene hemofilia • medicamentos inmunosupresores/de trasplante: Medicare cubre la terapia de medicamentos de trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores, si la Parte B de Medicare no los cubre. • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales anticancerígenos: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • medicamentos orales antináuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si están cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfatos bajo el sistema de pago de ERET, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • algunos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina (cuando se considere necesario desde el punto de vista médico) y anestésicos de uso tópico • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ERET o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxi polietilenglicol eritropoyetina beta). Este beneficio continúa en la página siguiente.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunológica primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa y sonda). También cubrimos algunas vacunas de conformidad con nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas de conformidad con el beneficio de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de esta <i>Evidencia de cobertura</i> describe nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta cubiertos. El Capítulo 6 de esta <i>Evidencia de cobertura</i> explica qué debe pagar por sus medicamentos con receta a través de nuestro plan. Se requieren autorización previa y terapia escalonada para algunos servicios.	
Transporte que no se considera de emergencia (NEMT) Transporte que no se considera de emergencia (Non-Emergency Transportation, NEMT) ilimitado para servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid, servicios de farmacia, servicios comunitarios/de bienestar y servicios relacionados con los factores sociales determinantes de la salud (SDOH), que incluyen tiendas de comestibles y gimnasios participantes en el programa de acondicionamiento físico. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener información adicional.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería Un centro de enfermería (nursing facility, NF) es un lugar que brinda atención para personas que no pueden obtener atención en casa, pero no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada si fuese médicamente necesario) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • terapia respiratoria • medicamentos administrados como parte de su plan de atención (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación). • sangre, incluye la conservación y la administración • suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de enfermería • análisis de laboratorio generalmente administrados por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología generalmente administrados por centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería • servicios de un médico/profesional • equipo médicos permanentes • servicios odontológicos, incluidas dentaduras postizas Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería (continuación) • beneficios de oftalmología • exámenes auditivos • atención quiropráctica • servicios de podiatría Por lo general, usted obtiene su atención en centros de la red. Sin embargo, puede obtener su atención médica en un centro que no pertenece a nuestra red. Usted puede obtener atención en los siguientes lugares, si dichos centros aceptan los montos de nuestro plan para el pago: • un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía en la fecha en que se afilió a CareSource MyCare Ohio. • un centro de enfermería o comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención como centro de enfermería especializada). • un centro de enfermería donde esté viviendo su cónyuge al momento en que usted recibe el alta del hospital. Quizás sea responsable del pago de una obligación como paciente por los costos de habitación y comida que derivan de los servicios del centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente. Tenga en cuenta que la obligación como paciente no corresponde a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. Cuando Medicaid cubre su atención, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos. Sin embargo, es posible que deba pagar la “obligación como paciente”. La obligación como paciente es un costo que usted tiene que pagar por algunos servicios de atención a largo plazo. Este beneficio continúa en la página siguiente.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería (continuación) Los servicios adicionales que pueden estar sujetos a la responsabilidad como paciente incluyen: • Estadía en una institución médica. • Estadía en un centro de atención a largo plazo. • Estadía en un centro de vida asistida. • Tiene exención de servicios domiciliarios y basados en la comunidad. Su obligación como paciente para un mes depende de sus ingresos. Hay deducciones que pueden disminuir su obligación como paciente. El trabajador de casos del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado le dirá si sus ingresos indican que usted debe pagar este costo. El monto de la obligación del paciente será el mismo todos los meses. Solo cambiará si hay una actualización repentina en sus ingresos o deducciones. No pagará una obligación como paciente por los días cubiertos por Medicare. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	
 Monitoreo de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso. Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos la asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un ámbito de atención primaria. De esa manera, se puede controlar con su plan de prevención completo. Hable con su profesional o proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento por opioides (OTP) Nuestro plan paga por los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de programa de tratamiento por opioides (opioid treatment program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • actividades de consumo • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, administrarle estos medicamentos • asesoría sobre el consumo de sustancias • terapias individuales y grupales • pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (examen de toxicología). Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluye la conservación y la administración • pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las indique para tratar una afección médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Pagamos por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita que se lo admita como paciente internado o puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solamente cuando son proporcionados por indicación de un médico o de otra persona autorizada por la ley y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado del hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de información de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como los siguientes: • Servicios brindados en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o de cirugía ambulatoria. ○ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si usted necesita que lo admitan en el hospital como “paciente internado”. ○ A veces puede permanecer en el hospital durante la noche, y aun así seguiría siendo un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre ser un paciente internado o ambulatorio en esta hoja de información: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • quimioterapia • atención de salud mental, incluso la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin dicha atención • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como cabestrillos y yesos • exámenes de detección preventivos y servicios que figuren en la Tabla de beneficios • algunos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. La autorización previa se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos por servicios de salud mental proporcionados por los siguientes profesionales: • un médico o psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC) • un terapeuta de pareja y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) • un/a enfermero/a profesional (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes El plan cubre los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen a continuación: • servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios en hospital general • servicios terapéuticos para la conducta (Therapeutic Behavioral Services, TBS) • servicios de rehabilitación psicosocial Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas/quiroprácticos/psicólogos independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros de salud. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Cubrimos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • monitoreo y asesoría por consumo indebido de alcohol • tratamiento por abuso de sustancias • asesoría grupal o individual a cargo de un médico clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicio para la adicción al alcohol y/o las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol) El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones: • desintoxicación ambulatoria • evaluación • manejo de casos • asesoría • intervención en crisis • servicios intensivos para paciente ambulatorio • análisis de detección de abuso de alcohol/drogas y uroanálisis • servicio médico/de enfermedades somáticas • administración de metadona • medicamentos para el tratamiento de adicciones administrados en el consultorio, incluyendo el Vivitrol e inducción a buprenorfina • hospitalización parcial Consulte “Servicios de salud conductual para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” para obtener información adicional. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria Cubrimos cirugías para pacientes ambulatorios y servicios en centros de salud hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: En el caso que tengan que realizarle una cirugía en un centro hospitalario, debe consultarle a su proveedor si usted será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo al hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente ambulatorio. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en hospital o en un centro de salud mental comunitario y es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de pareja y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que deba permanecer en el hospital. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado por un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud certificado a nivel federal o una clínica de salud rural; que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Sistema de respuesta ante emergencias personales Un sistema de respuesta de emergencia personal (personal emergency response system, PERS) consiste en un dispositivo de monitoreo del hogar que envía una alerta a un centro de llamadas que funciona las 24 horas en caso de emergencia. Solo para afiliados de 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 basados en la comunidad y de atención a largo plazo.	\$0
Servicios del médico/proveedor, incluso las consultas al consultorio Pagamos los siguientes servicios: • atención médica necesaria desde el punto de vista médico o servicios quirúrgicos administrados en lugares como: ○ consultorio del médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios del hospital ○ cualquier otro lugar • consultas, diagnósticos y tratamiento por un especialista • evaluaciones audiológicas básicas y exámenes de equilibrio proporcionados por su proveedor de atención primaria, si están indicados por un doctor para determinar si necesita tratamiento • algunos servicios de telesalud, incluidas las sesiones individuales de salud mental y sesiones individuales terapéuticas. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio por telesalud. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios del médico/proveedor, incluso las consultas al consultorio del médico (continuación) ○ Con los servicios de telesalud, usted puede hablar con un médico y recibir tratamientos a través de una conexión interactiva de audio y video segura, apoyada por el uso de dispositivos de comunicación móvil, tales como teléfonos inteligentes, tabletas y computadoras personales. Comuníquese con Servicios para Afiliados si necesita ayuda para encontrar un proveedor de telesalud. ○ Se ofrece telesalud adicional a través de Teladoc para servicios de atención médica general urgente para tratar afecciones cotidianas como gripe, alergias, infección de los senos paranasales, urticaria, dolor de garganta, dolor de espalda, artritis, entre otras. Los afiliados pueden continuar teniendo citas de telesalud a través de sus proveedores, si estos ofrecen esa opción. Consultare Servicios del médico/proveedor, incluida la sección consultas en el consultorio del médico para obtener detalles adicionales de la cobertura de telesalud. Teladoc también cuenta con proveedores de salud mental que están disponibles los siete días de la semana, de 7 a. m. a 9 p. m. Pueden ayudar con problemas como la ansiedad, la depresión, el estrés, el consumo de sustancias, traumas, entre otros. Las visitas para la atención de la salud mental deben programarse con anticipación. Comuníquese con Teladoc al 1-800-835-2362 o visite www.Teladochealth.com para registrarse y acceder a los servicios. ● visitas que no se consideran de emergencia, en el mismo día, con un proveedor de salud conductual o de medicina general por teléfono o por video ● servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para realizarle diálisis domiciliaria a afiliados en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar ● servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral Este beneficio continúa en la página siguiente.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios del médico/proveedor, incluso las consultas al consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para los afiliados con trastorno por consumo de sustancias o de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación • servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud certificados a nivel federal • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico por 5 a 10 minutos si: ○ no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una consulta al consultorio los últimos siete días y ○ el control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible. • Evaluación de videos y/o imágenes que le envía a su médico y la interpretación y seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días y • la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible. Este beneficio continúa en la página siguiente.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios del médico/proveedor, incluso las consultas al consultorio del médico (continuación) • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o registros electrónicos de salud si no es un paciente nuevo. • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • atención de rutina de los pies para afiliados con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted corre un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y servicios relacionados. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos son los siguientes: • Medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) por vía oral o inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que incluye la tarifa por la inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones de asesoría individual (que incluye la evaluación de riesgos del VIH, la reducción de riesgos del VIH y cumplir con el uso de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de hepatitis B por única vez.	\$0
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen rectal digital. • Una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA).	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos, ortóticos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o una parte de un miembro o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos ortopédicos y prótesis • bolsas de colostomía y materiales relacionados con la atención de la colostomía • marcapasos • soportes • zapatos ortopédicos • piernas y brazos artificiales • prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico luego de una mastectomía) También pagamos por algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortóticos. Además pagamos la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortóticos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta tabla para obtener más detalles. La autorización previa se requiere para algunos servicios y suministros.	\$0
Servicios de rehabilitación pulmonar Cubrimos los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Usted debe tener un orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Telefonía celular: Pulsewrx Podemos ponerlo en contacto con un programa que le ayude a acceder a un teléfono inteligente gratuito o a bajo costo. Si califica, puede obtener un teléfono con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.	Comunicarse con Servicios para Afiliados.
Servicios de clínicas de salud rurales El plan cubre los siguientes servicios en las clínicas de salud rurales: • visitas al consultorio para recibir atención primaria y servicios de especialistas • psicólogo clínico • trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales • servicios de visitas de enfermería en ciertas situaciones Nota: Puede obtener servicios de una clínica de salud rural dentro o fuera de la red.	\$0
Kits de Seguridad Kits de seguridad solamente para afiliados que cumplen con la evaluación del equipo de atención de estar inseguros en su hogar debido a una afección médica. Los kits de seguridad consistirán en una caja que se entregará en el hogar de los afiliados con alarmas para las puertas y etiquetas para los zapatos. Para obtener más información, hable con su coordinador de la atención.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Detección de infección por el virus de hepatitis C Cubrimos un examen de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted está en alto riesgo debido a que usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. • Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por única vez. Si se encuentra en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas de inyección ilegales desde que su prueba anterior de detección de hepatitis C fue negativa), cubrimos exámenes una vez al año.	\$0
 Monitoreo y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI) Pagamos por las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe indicar las pruebas. Cubrimos dichas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos períodos durante el embarazo. También pagamos un máximo de dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que presenten un mayor riesgo de presentar ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos por estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben desarrollarse en el entorno de un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12. Cubrimos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • una habitación semiprivada o privada si fuese médicamente necesario • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica, incluyendo sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación • sangre, incluye la conservación y la administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF • análisis de laboratorio administrados por SNF • radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, por lo general suministrados por centros de enfermería • servicios proporcionados por médicos/proveedores Por lo general, usted obtendrá la atención en un SNF en centros de la red. Bajo ciertas condiciones, puede obtener su atención médica en un centro que no pertenece a nuestra red. Usted puede obtener atención en los siguientes lugares, si dichos centros aceptan los montos de nuestro plan para el pago: • un centro de enfermería o comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención como centro de enfermería especializada) Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted recibe el alta del hospital. No se requiere una estadía en el hospital para recibir atención en un centro de enfermería especializada (SNF). CareSource MyCare Ohio exime la estadía hospitalaria de 3 días como paciente internado antes de la admisión en un centro de enfermería especializada. El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por período de beneficios. Quizás sea responsable del pago de una obligación como paciente por los costos de habitación y comida que derivan de los servicios del centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente. Tenga en cuenta que la obligación como paciente no corresponde a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. Cuando Medicaid cubre su atención, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos. Sin embargo, es posible que deba pagar la “obligación como paciente”. La obligación como paciente es un costo que usted tiene que pagar por algunos servicios de atención a largo plazo. Los servicios adicionales que pueden estar sujetos a la responsabilidad como paciente incluyen: • estadía en una institución médica • estadía en un centro de atención a largo plazo • estadía en un Centro de Vida Asistida • tiene exención de servicios domiciliarios y basados en la comunidad Este beneficio continúa en la página siguiente.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Su obligación como paciente para un mes depende de sus ingresos. Hay deducciones que pueden disminuir su obligación como paciente. El trabajador de casos del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado le dirá si sus ingresos indican que usted debe pagar este costo. El monto de la obligación del paciente será el mismo todos los meses. Solo cambiará si hay una actualización repentina en sus ingresos o deducciones. No pagará una obligación como paciente por los días cubiertos por Medicare. Autorización previa: se requiere para algunos servicios.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco La asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta como paciente ambulatorio y hospitalizado para personas que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • demuestran ser competentes y estar alertas durante la asesoría • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brindan la asesoría Cubrimos dos intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas 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* (por ejemplo, productos frescos, carne, lácteos) • Servicios públicos* (por ejemplo, gas natural, electricidad, agua, alcantarillado, Internet) • Asistencia para alquiler e hipoteca* • Artículos de limpieza para el hogar* (por ejemplo, detergente, jabón para platos, limpiadores, bolsas de basura, toallas de papel) • Artículos de cuidado personal* (por ejemplo, champú, desodorante, jabón para manos) • Servicios de corte de cabello y barbería* Los montos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año. De acuerdo con los lineamientos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), para ser elegible para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), debe cumplir todos los siguientes criterios enumerados y ser aprobado por el plan de salud antes de que se proporcionen los beneficios: 1. Tener una o más afecciones que reúnan los requisitos; 2. Tener riesgo alto de hospitalización o de resultados de salud adversos; 3. Necesitar coordinación de atención intensiva; 4. Ser elegible para el beneficio específico de SSBCI en función de las necesidades de salud y de apoyo individuales.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 • Evaluaciones de salud que se completaron como parte del Programa de coordinación de la atención • Para 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. Si CareSource no puede confirmar los requisitos mencionados, los beneficios de SSBCI no estarán disponibles. Puede ser elegible para beneficios adicionales si tiene una o más de las siguientes afecciones crónicas y cumple con los criterios de elegibilidad del plan: • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Afecciones crónicas que deterioran la visión, la audición (sordera) el gusto, el tacto y el olfato • Enfermedades gastrointestinales crónicas • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad renal crónica (ERC)	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su función • Afecciones con desafíos funcionales • Demencia • Diabetes <i>mellitus</i> • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Postrasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Derrame cerebral Recuerde completar su Evaluación de riesgos de salud con su coordinador de la atención o pedirle a su proveedor que complete y envíe un formulario de certificación de proveedor que valide su afección. Importante: Tener una de las afecciones que figuran no lo califica automáticamente para recibir los beneficios de SSBCI. El plan determinará la elegibilidad y le notificará si cumple con los requisitos. Si CareSource no puede confirmar los requisitos mencionados arriba, los beneficios de SSBCI no estarán disponibles. *Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Usted puede calificar para los SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y necesita una coordinación de cuidados intensivos para controlar 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 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.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) El plan pagará por la terapia de ejercicios supervisados (supervised exercise therapy, SET) para afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD). Nuestro plan paga lo siguiente: • hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa SET debe ser: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas que se deban a flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un entorno de atención ambulatoria en hospital o en el consultorio de un médico • proporcionado por personal calificado que garantice que los beneficios excedan el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • administrado bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA), un/a enfermero/a profesional (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención médica necesaria de urgencia La atención médica necesaria de urgencia es atención que se brinda para tratar: • una situación que no se considera de emergencia y que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad repentina, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. Si usted necesita atención médica necesaria de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar Proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a uno de la red debido a su horario, lugar o circunstancias, porque resulte imposible, o no es práctico obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no atendida pero no se trata de una emergencia médica). La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila “Servicios de atención de emergencia y servicios necesarios de urgencia y transporte a nivel mundial” para obtener más detalles.	\$0
 Atención oftalmológica Pagamos los siguientes servicios: Visión de rutina: • Los exámenes oftalmológicos de rutina se cubren una vez cada año calendario. • El plan pagará hasta \$250 por año calendario por un par de anteojos (monturas y lentes) y lentes de contacto. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Atención oftalmológica (continuación) Debe ver a un proveedor de EyeMed® para obtener los beneficios oftalmológicos de rutina. Llame al 1-877-856 2297 (TTY: 711) o visite FindADoctor.CareSource.com, haga clic en "Comenzar" y complete la información sobre la ubicación. En la página "Elegir planes", desplácese hasta "CareSource MyCare Ohio" y filtre los resultados de Medicare seleccionando "Planes duales para necesidades especiales" de la lista. Seleccione "Visión" en la sección "Tipo". Pagamos por los servicios médicos para pacientes ambulatorios con fines de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos por una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos que tienen 65 años o más Para personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez por año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico implante una lente intraocular. Si usted se somete a dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Los beneficios de oftalmología que no se consideran de rutina debe proporcionarlos un proveedor de CareSource.	

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicio Cubierto	Lo que usted paga
 Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos por única vez la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye: • una revisión de su condición de salud, • capacitación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (que incluye exámenes de detección y vacunas), y • derivaciones para otro tipo de atención, si lo necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solamente dentro de los primeros 12 meses en que usted cuente con la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	\$0
WW (anteriormente conocido como Weight Watchers) El beneficio consiste en una afiliación de 12 semanas a WW para los afiliados elegibles que participan en coordinación de la atención con hipertensión, diabetes u obesidad (índice de masa corporal superior a 30). Para obtener más información, hable con su coordinador de la atención.	\$0
Servicios de emergencia, servicios necesarios de urgencia y transporte a nivel mundial El beneficio incluye los servicios que reciba fuera de los Estados Unidos y de sus territorios: • Atención de emergencia • Atención médica necesaria de urgencia • Servicios de transporte para atención de emergencia/necesaria de urgencia \$10,000 de monto máximo de cobertura de beneficios del plan por año para el beneficio mundial.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

E1. Cuidados de hospicio

Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

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

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

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

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

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

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el **Capítulo 5** para obtener más información.

Nota: Si necesita cuidados que no son de hospicio, debe llamar a su coordinador de la atención para coordinar los servicios. El cuidado que no es de hospicio consiste en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. Comuníquese con su coordinador de la atención directamente, o llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



E2. Transporte médico que no se considera de emergencia

Cubrimos transporte médico que no se considera de emergencia por debajo de las 30 millas. Comuníquese con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (Department of Job and Family Services) de su condado para solicitar transporte en jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medicaid

Esta sección le indica qué tipos de beneficios están “excluidos” de nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagan por ellos.

La lista siguiente describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y algunos que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos por los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*) excepto en las condiciones específicas indicadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si usted cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información acerca de las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

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

- servicios considerados como “no razonables ni médicamente necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que nuestro plan mencione estos servicios como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o que nuestro plan cubra. Consulte el **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y lo pague Medicare
- habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesaria
- personal de enfermería privada
- artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- atención de enfermería de tiempo completo en su hogar
- tarifas pagadas a sus parientes más cercanos o por los integrantes de su hogar

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- procedimientos o servicios de mejoramiento voluntario o electivo (incluye pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, rendimiento mental y contra el envejecimiento), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía cosmética u otro procedimiento cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no está en buena forma. Sin embargo, cubriremos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que coincidan
- atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare
- cuidado de rutina de los pies, excepto por lo descrito en “Servicios de podiatría” en la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte o los zapatos sean para una persona con pie diabético
- dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético
- queratotomía radial, cirugía de cataratas LASIK y otras intervenciones para corregir la visión deficiente
- reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos que no requieren receta médica
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios provistos para veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA)
- pruebas de paternidad
- servicios para determinar la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses
- servicios de suicidio asistido, que se definen como servicios con el propósito de provocar o ayudar a provocar la muerte de una persona
- servicios de bioautorregulación
- tratamiento como paciente internado para dejar de consumir drogas y/o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes internados en un hospital general se encuentran cubiertos)
- asesoría sexual o matrimonial

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

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

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se traten en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le suministran en una consulta médica o de otro proveedor y los medicamentos que se le administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información acerca de qué medicamentos cubre la Parte B de Medicare, consulte el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted recibe cuidados de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3**, “Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare”.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

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

Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Con frecuencia, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención médica.

Su profesional que receta **no** debe figurar en las Listas de exclusión ni de preclusión de Medicare ni en la **Lista de suspensión y exclusión de proveedores de Medicaid de Ohio**.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del sistema de servicios para

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



pedido por correo del plan.

El medicamento con receta debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” en forma abreviada. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, tal vez podamos cubrirlo haciendo una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para conocer cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe usarse para una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Su médico tratante puede ayudar a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento con receta. Esto significa que el uso de del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan de acuerdo con determinados criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	134
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	134
A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para surtir una receta	134
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	134
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	135
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	135
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	135
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	137
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	138
A9. Cómo reembolsarle si paga por una receta	138
B. Lista de medicamentos de <i>nuestro plan</i>	139
B1. Medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	139

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i>	139
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de medicamentos</i>	140
C. Límite sobre determinados medicamentos	141
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	143
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	144
D2. Cómo solicitar un suministro temporal.....	145
E. Cambios de cobertura para sus medicamentos.....	146
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	148
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía que cubre nuestro plan.....	148
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	148
F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare	149
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	149
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos en forma segura.....	149
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	150
G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a utilizar medicamentos opioides en forma segura.....	151

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando las surtimos en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una droguería que acuerda surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de la atención.

A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará por sus medicamentos cubiertos.

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación (ID) de afiliado cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted tendrá que pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Después puede pedirnos que se lo reembolsemos. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios para Afiliados.** Haremos todo lo que podamos para ayudarle.

- Para obtener información sobre cómo solicitarnos que le hagamos el reembolso, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*.
- Si necesita ayuda para hacer surtir una receta médica, comuníquese con Servicios para Afiliados o su coordinador de la atención.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Afiliados o su coordinador de la atención.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia cuyos servicios usa abandona la red de nuestro plan, necesita encontrar una nueva farmacia dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros no aseguramos de que usted pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de este centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red o tiene alguna dificultad para conseguir sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Farmacias que proporcionan el Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud para Indígenas/Tribales/Urbanos. Con excepción de emergencias, únicamente los nativos americanos o nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Las farmacias que expenden medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food & Drug Administration, FDA) a determinados lugares o que requieran una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería darse en raras ocasiones). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular para tratar una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan se encuentran marcados como medicamento de pedido por correo en la *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que usted ordene un suministro del medicamento para al menos 35 días y no más de 102 días.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Cómo surtir recetas por correo

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

Por lo general, una receta de pedido por correo llega dentro de 7 a 10 días. No obstante, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si la entrega de sus medicamentos no llega en un plazo de 10 días, por favor llame a Express Scripts al 1-800-354-3903 para revisar la situación de su receta. Si su pedido por correo se retrasa, puede ir a la farmacia por un suministro por única vez. Si sus medicamentos requieren una autorización previa, nuestra farmacia de pedidos por correo se comunicará con su médico. Si la receta es rechazada o el medicamento no está en inventario, nuestra farmacia de pedidos por correo se comunicará con usted y coordinará un suministro de dos semanas de sus medicamentos a través de una farmacia minorista local. Para obtener ayuda sobre cómo realizar un pedido por correo, visite nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare-SNP** o llame a Express Scripts al 1-800-354-3903 o a Servicios para Afiliados.

Procesos para los pedidos por correo

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

1. Recetas nuevas que la farmacia reciba de usted

La farmacia surte automáticamente y entrega las nuevas recetas que usted le envía.

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

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

- Ha utilizado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado; o
- Usted se registró para la entrega automática de todas las nuevas recetas que reciba directamente de proveedores de atención médica. Usted puede pedir una entrega automática de todas sus recetas nuevas ahora o en cualquier momento si se comunica con Express Scripts® al 1-800-354-3903.

Si utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y entregue automáticamente cada receta nueva, comuníquese con Express Scripts® al 1-800-354-3903.03.

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se realice el envío.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

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

3. Resurtidos de recetas a través de pedido por correo

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

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

Para dejar de participar en el programa que automáticamente prepara los pedidos de resurtidos por correo, comuníquese con Express Scripts® al 1-800-354-3903.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, infórmele a la farmacia la mejor forma de contactarlo. La farmacia puede tener varias formas para que se comuniquen. Puede llamar a la farmacia de pedidos por correo al 1-800-354-3903 para averiguar qué opción es la mejor para usted e informarles lo que prefiere.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 102 días tiene el mismo copago que el suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6**, para obtener información acerca de los servicios de pedidos por correo.

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

Por lo general, nosotros pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo si usted no puede usar los servicios de una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como afiliado a nuestro plan. En estas situaciones, consulte primero con su coordinador de la atención para comprobar si existe una farmacia de la red cercana.

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

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

Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total cuando obtenga sus medicamentos con receta. Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su receta, consulte el Capítulo 7.

A9. Cómo reembolsarle si paga por una receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. La denominamos "*Lista de medicamentos*" en forma abreviada.

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* son seleccionados con ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento que se encuentre en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, cuando sigue las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos con receta y de venta libre (over-the-counter, OTC) cubiertos por Medicaid.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la *Lista de medicamentos*, cuando hablamos de medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

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

Consulte el **Capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en línea *Lista de medicamentos*.

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma se encuentra en la *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en **CareSource.com/MyCare-SNP**. La *Lista de medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Llamar a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados para averiguar si un medicamento particular está en la *Lista de medicamentos* del plan o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” express-scripts.com/frontend/medicare-oe/caresourcemycare para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener un cálculo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en la *Lista de medicamentos* debido a que la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible obtener un medicamento que no esté en la *Lista de medicamentos*. Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Dichos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si usted obtiene una receta para un medicamento excluido, puede que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede hacer una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre apelaciones.

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

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y Medicaid) no puede pagar por un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor que prescribe puede recetarle un medicamento para tratar su afección, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar dicha afección. Esto se denomina “uso fuera de lo indicado en la etiqueta”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos con receta para uso fuera de lo indicado en la etiqueta.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Además, por ley, Medicare o Medicaid no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se mencionan a continuación.

- Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de medicamentos debido a que la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos en virtud de la Parte D de Medicare. En lugar de ello, cubrimos algunos de estos medicamentos en virtud de Medicaid. Para ver nuestra Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid, visite <https://www.caresource.com/oh/plans/mycare-snp/plan-documents/>.
- Medicamentos con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o para recuperar peso
- Medicamentos ambulatorios fabricados por una empresa que indica que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle los servicios

C. Límites sobre determinados medicamentos

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

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista *de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la dosis, cantidad o forma del medicamento con receta por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



(por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

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

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

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

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

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

2. Cómo obtener aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta. Esto se denomina “autorización previa”. Esto se pone a su disposición para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/benefits-services/pharmacy** para obtener más información sobre la autorización previa.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe los medicamentos de menor costo, que son igual de efectivos, antes de que cubramos los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, el plan puede solicitarle que usted pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no muestra los resultados esperados, entonces cubriremos el Medicamento B. A esto se le denomina terapia escalonada. Llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/benefits-services/pharmacy** para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad del medicamento.

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede recibir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido al día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si cualquiera de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, revise la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada posible, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en

CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/benefits-services/pharmacy. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basándose en cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. El medicamento podría no estar incluido en la *Lista de Medicamentos*. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas especiales o límites para la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su profesional que receta tal vez deseen solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea que lo cubramos.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos ofrecer un suministro temporario de un medicamento cuando este no figura en la *Lista de medicamentos* o cuando esté restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- ahora está limitado de alguna manera.

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

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es para hasta por 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desaprovechamiento.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan.**
 - Este suministro temporal es para hasta por 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desaprovechamiento.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Ha estado en nuestro plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto se agrega al suministro temporal anterior.
 - Si usted tiene una transición no planificada durante el año del plan, es posible que cubramos un suministro temporal de hasta 31 días de suministro. Una transición no planificada ocurre cuando usted cambia el entorno de tratamiento, como que le den el alta del hospital a su hogar o que termine su estadía en un centro de enfermería especializada.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

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

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

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento distinto que funcione para usted. Llame a Servicios para Afiliados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

O BIEN

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o pedir que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor sostiene que usted tiene una buena justificación médica para una excepción, puede ayudarle a pedir la excepción.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



E. Cambios de cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no la autorización previa para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos del plan*. Para obtener más información acerca de estas reglas que se aplican a los medicamentos, consulte la **Sección C**.

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

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

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

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

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en **CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/plan-documents** o
- Llamar a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página para verificar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

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

- Sale a la venta un nuevo medicamento genérico. En ocasiones, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico que es tan eficaz como un medicamento de marca o un medicamento de producto biológico original que actualmente se encuentra en la *Lista de medicamentos*. En estos casos, podemos retirar el medicamento de marca de la lista y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento no se modificará. Cuando incorporamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la lista, pero cambiaremos sus reglas o limitaciones de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a dichos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Quitar los medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.

A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo de la *Lista de medicamentos* de inmediato. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio.

Podemos realizar otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informamos con antelación sobre estos otros cambios a la *Lista de medicamentos*. Se podrían aplicar estos cambios si:

- la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) proporciona nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Esta persona puede ayudarle a decidir:

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

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

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no estén descritos anteriormente y que no lo afectan actualmente. En cuanto a esos cambios, si está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**.

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre a un medicamento que esté tomando (excepto los cambios descritos en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año próximo.

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No deberá hacer un copago. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas las reglas de cobertura.

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

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare

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

- Es posible que usted esté inscrito en un programa de hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, contra las náuseas, laxantes o contra la ansiedad) que su programa de hospicio no cubre porque no están relacionados con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir notificación del profesional que receta o del proveedor de hospicio acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar cualquier demora a la hora de conseguir un medicamento que no esté relacionado y que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor de hospicio o al profesional que receta que se asegure de que hayamos sido notificados de que el medicamento no tiene relación alguna antes de que usted le solicite a la farmacia que surta su receta.

Si deja el programa de hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para impedir demoras en una farmacia cuando termina su beneficio del programa de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos en forma segura

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

- podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección médica
- podrían no ser seguros o apropiados para su edad o sexo
- podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo
- tengan ingredientes que producen o puedan producir una reacción alérgica
- podrían tener un error en la cantidad (dosificación)

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- tengan cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los afiliados con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted puede ser elegible para recibir servicios sin costo, a través de un programa de gestión de terapia de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito; Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones farmacológicas
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier duda o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre

Luego, le darán lo siguiente:

- Un resumen por escrito de este análisis. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos.
- Una lista de medicamentos personales que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma, cuándo y por qué.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con el profesional que receta acerca de su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos consigo si va al hospital o a una sala de emergencias.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los afiliados que califican. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribimos en dicho programa y le enviamos la información. Si usted no desea participar en el programa, infórmenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene preguntas sobre estos programas, póngase en contacto con Servicios para Afiliados al **1-833-230-2073**, de 8 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a utilizar medicamentos opioides en forma segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen sus medicamentos opioides recetados de manera segura, u otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

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

- Exigirle que reciba todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que reciba todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas de ciertos profesionales que recetan.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la manera en que usted puede obtener estos medicamentos o cuánto de él puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirma la limitación.

Si piensa que cometimos un error o está en desacuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos,

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



automáticamente enviaremos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*).

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

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

Introducción

En este capítulo se le explica sobre sus medicamentos como paciente ambulatorio. Por “medicamentos”, nos referiremos a lo siguiente:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**

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

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

Otros términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de esta *Evidencia de cobertura*.

Para obtener más información acerca de los medicamentos, puede consultar los siguientes lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La denominamos *Lista de medicamentos*. Le indica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si existe algún límite sobre los medicamentos
 - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP**.
- El **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura*.
 - Le indica cómo obtener los medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos nuestro plan no cubre.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Cuando usted usa la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es un estimativo de los gastos personales que se espera que pague. También puede llamar a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que acuerdan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de las farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de las farmacias de la red.

Índice

A. Explicación de los beneficios (EOB)	155
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....	156
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	157
C1. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	157
D. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	158
D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna	158

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza cuando surte recetas en la farmacia. Registramos dos tipos de costos:

- **Sus gastos personales.** Este es el importe que usted, u otros en su lugar, paga por sus recetas. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda adicional de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones de beneficencia y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Sus “costos totales de medicamentos”.** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene sus medicamentos por medio del plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios*. La denominamos de forma abreviada EOB (por sus siglas en inglés). La EOB no es una factura y La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes.** El resumen le indica qué medicamentos obtuvo el mes anterior. Detalla los costos totales de medicamentos, lo que pagamos nosotros, lo que pagó usted y lo que otros pagaron por usted.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Incluye el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde que se surtió por primera vez para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de costo más bajo.** Cuando corresponda, incluirá información acerca de otros medicamentos disponibles con repartición de costos más baja para cada receta.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan dentro de sus gastos personales totales.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Para conocer los medicamentos que cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por Medicaid. Estos se incluyen en la *Lista de medicamentos*.

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

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

1. Utilice su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber cuáles son las recetas que le surten y cuánto paga usted.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos por los que usted pagó. Puede solicitarnos un reembolso por los medicamentos.

Aquí hay ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o use una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando hace un copago por medicamentos que obtiene mediante un programa de asistencia a pacientes del fabricante de un medicamento.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hagan por usted.

Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos personales. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos personales.

4. Revise la EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y que esté completa.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo los medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican allí?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con los que le recetó el médico?

¿Qué debe hacer si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a los Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio. También puede encontrar respuestas a muchas de las preguntas en nuestro sitio web: **CareSource.com/MyCare-SNP**.

¿Qué sucede con un posible fraude?

Si en este resumen se muestran medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita.
- Para denunciar una sospecha de fraude de Medicaid en Ohio, usted puede hacer lo siguiente:
 - Llamar al Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) al 614-466-0722.
 - Llamar a la Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid (Medicaid Fraud Control Unit, MFCU) al 1-800-282-0515 o visitar www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Service-Divisions/Health-Care-Fraud/Report-Medicaid-Fraud

Si considera que algo no está correcto o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos si sigue nuestras reglas.

C1. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 102 días. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

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

Existen dos partes para nuestra cobertura de la Parte D de Medicare:

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

D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicios para Afiliados si piensa vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus propios costos usando los servicios de los proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias y los proveedores de la red acuerdan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no tenga ningún costo inicial por una vacuna de la Parte D de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo enviarnos una factura para solicitar un pago y cuándo hacerlo. También le indica cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de esta *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	160
B. Cómo enviar una solicitud de pago	163
C. Decisiones de cobertura.....	164
D. Apelaciones.....	164

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por medicamentos o servicios dentro de la red. Nuestros proveedores dentro de la red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de CareSource MyCare Ohio le facturen a usted estos servicios y medicamentos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no pague la factura, envíenosla a nosotros. Para enviarnos una factura, consulte la Sección A2.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el importe.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicaid, no podemos reembolsarle el importe, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o su coordinador de la atención pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para obtener el número de teléfono de Servicios para Afiliados.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

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

Algunos ejemplos sobre cuándo podría tener que solicitarnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió incluyen los siguientes:

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

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, puede solicitar que le reembolsen la suma total. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted piensa que no debe hacer. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
- Si ya pagó por el servicio de Medicare, le reembolsaremos el importe.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado cuando obtiene cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y le piden a usted que pague por servicios o más que su parte de los costos. **Llame a Servicios para Afiliados** o su coordinador de la atención al número que figura en la parte inferior de la página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle ningún monto por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos. CareSource MyCare Ohio no puede reembolsarles a los afiliados los beneficios cubiertos por Medicaid.

3. Si se inscribe en forma retroactiva en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió en forma retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos un reembolso.
- Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa los servicios de una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total de su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando pida que le reembolsemos.
- Consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo tarjeta de identificación (ID) de afiliado

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si no tiene consigo su tarjeta de identificación (ID) de afiliado al plan, puede pedir a la farmacia que llame nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, puede que deba pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando pida que le reembolsemos.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando usted paga el costo total de una receta para un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento posiblemente no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, podría tener que pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*).
 - Si usted y el médico u otro profesional que receta, consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura acelerada (consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*).
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando pida que le reembolsemos. En algunos casos, podríamos necesitar obtener más información de su médico u otro profesional que receta para poder reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento debería estar cubierto. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe cubrirse, lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado por Servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



recibo del proveedor. **Es una buena idea sacar una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de la atención. Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo médico y de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento con receta.

Para garantizar que nos dé toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- Usted no está obligado a usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare-SNP** o puede llamar a Servicios para Afiliados y solicitarlo.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Servicios médicos

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

Parte D (medicamentos con receta)

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P.O. Box 52023
Phoenix, AZ 85072

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP.**



C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero que debe pagar, si lo hubiera.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, se lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado aún, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura* se explican las reglas para que sus servicios sean cubiertos. En el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* se explican las reglas que necesita seguir para que se cubran sus medicamentos de la Parte D de Medicare).

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar la solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

- Para presentar una apelación para obtener el reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación para obtener el reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, usted encontrará sus derechos y responsabilidades como afiliado a nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de esta *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades	167
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	168
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	171
C1. Cómo protegemos su PHI	171
C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos	172
C3. Aviso de prácticas de privacidad	172
D. Nuestra responsabilidad de darle información	180
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	181
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	181
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	181
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	181
G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo	182
G3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas anticipadas	183
H. Su derecho a presentar reclamaciones y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	184
H1. Qué hacer en caso de tratamiento injusto u si desea obtener más información acerca de sus derechos	184
I. Sus responsabilidades como afiliado al plan	184

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

Debemos asegurar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva, o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle acerca de los beneficios y derechos de nuestro plan de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que permanezca afiliado a nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados. Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros formatos, como letras grandes, en braille o en audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Afiliados o escriba a CareSource MyCare Ohio, P.O. Box 8730, Dayton, OH 45401-8738.
 - También puede obtener este documento, tanto ahora como en el futuro, de forma gratuita en otros idiomas o formatos, por ejemplo, impreso en letra grande o audio.
 - Solo tiene que hacer la solicitud una vez.
 - También puede cambiar su solicitud. Llame a Servicios para Afiliados 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., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana en el mismo horario. Esta llamada es gratuita.

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

- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede llamar a la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio, al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado a nuestro plan, tiene derechos y responsabilidades.

- Tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede obtener más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura*.
 - Llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- **No** exigimos que obtenga derivaciones.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos por parte de los especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar por su atención fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura*.

El **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* le indica qué puede hacer si considera que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. También explica lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura de sus servicios o medicamentos, y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Como afiliado a nuestro plan de salud, usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir información sobre CareSource MyCare Ohio, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, así como sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Recibir todos los servicios que nuestro plan debe proporcionar.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Ser tratado con respeto y consideración en cuanto a su dignidad y privacidad.
- Tener la seguridad de que su expediente médico recibirá un trato confidencial.
- Recibir información acerca de su salud. Esta información también puede estar a disposición de una persona que usted haya designado legalmente para conservar dicha información o con la que haya que contactarse en el caso de una emergencia, cuando se considere que brindársela a usted no es lo mejor para su salud.
- Analizar la información acerca de cualquiera de las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para su afección, sin importar el costo o la cobertura de sus beneficios.
- Ser parte de las decisiones acerca de su atención médica, salvo que no sea lo mejor para usted.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica o de atención de salud conductual, proporcionada de forma tal que usted pueda entenderla.
- Tener la seguridad de que otras personas no pueden escuchar ni presenciar el momento en que recibe atención médica.
- No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida de fuerza, disciplina, mitigación o venganza, según lo establecen los reglamentos federales.
- Solicitar y obtener una copia gratuita de su expediente médico y poder solicitar modificaciones o correcciones en este, si fuera necesario.
- Acceder o negarse a que se difunda información sobre usted, salvo que tengamos la obligación de hacerlo por ley.
- Rechazar un tratamiento o terapia. Si se niega, el médico o nuestro plan deben hablar con usted acerca de lo que podría suceder y deben incluir una nota en su expediente médico al respecto.
- Ser capaz de presentar una apelación o una queja o solicitar una audiencia estatal. Consulte el Manual del Afiliado para obtener información.
- Poder recibir de parte de nuestro plan y en formato impreso toda la información para afiliados sobre CareSource MyCare Ohio.
 - Sin costo para usted.
 - En los idiomas distintos al inglés más utilizados por los afiliados dentro del área de servicios de CareSource MyCare Ohio.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- De otras formas, para contribuir con las necesidades especiales de aquellos afiliados que puedan tener dificultad para leer la información por alguna razón.
- Recibir ayuda gratuita de parte de nuestro plan y sus proveedores si usted no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Recibir ayuda mediante lenguaje de señas, si tiene deficiencias auditivas.
- Ser informado si el proveedor de servicios médicos es un estudiante y poder negarse a recibir atención de parte de esta persona.
- Ser informado de cualquier atención de tipo experimental y poder negarse a ser parte de esta.
- Formular directivas anticipadas (un testamento vital).
- Presentar una reclamación ante el Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health) por no cumplir con sus directivas anticipadas.
- Tener la libertad de ejercer sus derechos y saber que ni CareSource MyCare Ohio ni los proveedores de CareSource MyCare Ohio ni el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) usarán esto en su contra.
- Saber que debemos cumplir todas las leyes federales y estatales, así como con otras leyes vigentes relacionadas con la privacidad.
- Poder escoger el proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y pertinente.
- Si usted es mujer, poder visitar a un proveedor de atención médica para mujeres perteneciente a nuestra red para servicios de salud femenina cubiertos por Medicaid.
- Poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado por servicios cubiertos por Medicaid perteneciente a nuestra red. Si un proveedor calificado no puede atenderle, nosotros deberemos coordinarle una visita con un proveedor que no forme parte de nuestra red.
- Si CareSource MyCare Ohio no puede proporcionarle un servicio necesario y cubierto dentro de nuestra red, cubriremos dicho servicio fuera de la red durante el tiempo que no podamos proporcionárselo dentro de la red. Si tiene la aprobación para salir de la red, es su derecho como afiliado y se le proporcionará sin costo alguno.
- Obtener información acerca de CareSource MyCare Ohio de nuestra parte.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados a CareSource MyCare Ohio.
- Hacer sugerencias respecto de un cambio en el personal de CareSource.
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados (United States Department of Health and Human Services Office of Civil Rights) o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services) a las direcciones que figuran a continuación por cualquier queja de discriminación por motivos de raza, color, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

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

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus expedientes médicos y otro tipo de información médica y de salud.

Tiene derecho en cuanto a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Nosotros le proporcionamos un aviso por escrito en el que le comentamos acerca de estos derechos y le explicamos la manera en la que protegemos la privacidad de su PHI. El aviso por escrito se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención o pagando por esta. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito.

Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede otorgar un permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI con

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



propósitos de investigación u otros usos, lo harán según las leyes federales.

C2. Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos

- Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Le proporcionamos la primera copia de sus registros médicos sin costo.
- Se nos permite cobrarle una tarifa razonable por hacer copias adicionales de sus registros médicos.
- También tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted lo solicita, trabajamos junto con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben efectuar.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas para fines que no son de rutina.

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

C3. Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y de qué modo usted puede acceder a dicha información. Revíselo en detalle.

Este aviso es para CareSource[®] MyCare Ohio (HMO D-SNP). En este aviso, nos referiremos a nosotros simplemente como “CareSource”.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos:

- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos
 - Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y reclamaciones. También puede obtener otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Le entregaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa y basada en los costos.
- Solicitar que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos
 - Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.
- Solicitar comunicaciones privadas
 - Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica; por ejemplo, a través del teléfono particular o de la oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
 - Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar su solicitud si nos indica que usted podría estar en peligro en caso de no hacerlo.
- Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos
 - Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para fines de atención, pago o para nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud. Podemos negarnos si esto afectara su atención, o por otras razones determinadas.
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido la información
 - Puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a seis años anteriores a la fecha de solicitud. Puede preguntar con quién compartimos su información y por qué.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:
 - la atención,
 - pagos,
 - actividades de atención médica y
 - ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos haya solicitado que hagamos).

Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

- Obtener una copia de este aviso de privacidad
 - Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacer la solicitud incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le entregaremos una copia impresa rápidamente.
- Otorgar a CareSource consentimiento para hablar con alguien en su nombre
 - Usted puede dar su consentimiento a CareSource para hablar de su información médica con otra persona en su nombre.
 - Si tiene un tutor legal, esa persona puede usar sus derechos y hacer elecciones sobre su información médica. CareSource divulgará su información médica con su tutor legal. Nosotros nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre. Haremos esto antes de tomar cualquier medida.
- Presentar una reclamación si siente que se vulneran sus derechos
 - Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros. Use la información que aparece al final de este aviso.
 - Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
 - No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja. No podemos exigirle que no haga uso de su derecho de presentar una queja como condición para lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- la atención,
- pagos,
- la inscripción en un plan de salud o
- la elegibilidad para beneficios.

Sus opciones

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

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

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

Si no puede indicarnos su elección (por ejemplo, si está inconsciente), podemos seguir adelante y compartir su información. La compartiremos si consideramos que sería beneficioso para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave y cercana a la salud o la seguridad.

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

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

Puede revocar su autorización en cualquier momento, pero eso no afectará la información que ya hayamos usado y/o divulgado.

Consentimiento para compartir la información médica

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



información se comparte con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. También se comparte con los Intercambios de Información de Salud (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que CareSource tiene acerca de los afiliados. Tiene derecho a informar a CareSource que no desea compartir su información médica (incluida la SHI). Si no acepta compartir su información médica, esta no se compartirá con proveedores para manejar su atención y tratamiento o para ayudar con los beneficios. Se compartirá con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Si no autoriza la divulgación, ninguno de los proveedores que le ayuda en su atención podrá proporcionársela de la misma manera que si usted diera su consentimiento. En la medida en que recopilamos o procesemos registros relacionados con el tratamiento por consumo de sustancias conforme al título 42 del Código de Estados Unidos (U.S.C.), §290dd-2 y título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), Parte 2 ("Parte 2"), seguimos las protecciones de confidencialidad de la Parte 2.

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos por lo general su información médica? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de estas formas (hemos incluido algunos ejemplos, pero no hemos incluido cada uso o divulgación permitidos):

- Para ayudarle a recibir tratamiento médico
 - Podemos usar su información médica y compartirla con los especialistas que lo están tratando.
 - Ejemplo: podemos coordinar atención adicional para usted según la información que nos envíe su médico.
- Para dirigir nuestra organización
 - Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra compañía. La usamos para comunicarnos con usted cuando sea necesario.
 - No podemos usar información genética para decidir si le daremos cobertura. No podemos usarla para decidir el precio de esa cobertura.
 - Ejemplo: podemos usar su información para revisar y mejorar la calidad de la atención médica que usted y otros reciben. Podemos brindar su información médica a grupos externos para que nos puedan ayudar en nuestras operaciones. Dichas organizaciones externas incluyen abogados, contadores, asesores y otros. Nosotros también les exigimos que mantengan la confidencialidad de su información médica.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Para pagar por su atención médica
 - Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos su atención médica.
 - Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de sus trabajos dentales.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica? Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Dichas formas con frecuencia son para contribuir con el bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información por estos motivos. Para obtener más información consulte:

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

- Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública
 - Podemos compartir su información médica por determinados motivos, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con retiros de productos.
 - Presentación de informes sobre reacciones nocivas a medicamentos.
 - Denuncia de una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona.
- Para fines de investigación
 - Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas. Podemos hacerlo siempre y cuando se cumplan ciertas reglas de privacidad.
- Para obedecer la ley
 - Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos obedeciendo las leyes federales de privacidad.
- Para responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
 - Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Para trabajar con un médico forense o un director de funeraria
 - Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.
- Para abordar solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
 - Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
 - Para reclamaciones de compensación laboral.
 - Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
 - Con organismos de supervisión sanitaria para actividades permitidas por la ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.
- Para responder a demandas y acciones legales
 - Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación en la que usted sea parte o en respuesta a una orden judicial.

También podemos realizar una recopilación de información “desidentificada” que no puede rastrearse hasta usted.

Registros de la Parte 2 En la medida en que recopilamos o procesamos cualquier registro de la Parte 2, en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra un individuo, no usaremos o compartiremos información acerca de sus registros de la Parte 2, a menos que una orden judicial nos exija hacerlo o que usted nos proporcione su permiso por escrito.

Nuestras responsabilidades

- Protegemos la información médica de nuestros afiliados de muchas maneras. Esto incluye información escrita, hablada o disponible en línea mediante una computadora.
 - Los empleados de CareSource están capacitados para proteger la información de los afiliados.
 - La información al miembro se expresa de tal manera que no se pueda escuchar de manera inapropiada.
 - CareSource se asegura de que las computadoras usadas por los

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.

- CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguramos de que solo aquellos empleados con un motivo comercial para acceder a la información utilicen y compartan dicha información.
- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Estamos obligados a proporcionarle una copia de este aviso.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ningún modo excepto como se indica aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

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

Fecha de entrada en vigor y cambios en los términos de este aviso

El aviso original entró en vigor el 14 de abril de 2003 y se actualizó el 18 de junio de 2018. Esta versión se encuentra en vigor desde el 1.º de enero de 2027. Debemos cumplir los términos de este aviso mientras esté vigente. Si es necesario, podemos cambiar el aviso. El nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservamos. Si esto sucede, el nuevo aviso estará disponible a pedido. También se publicará en nuestro sitio web. Puede pedir una copia impresa de nuestro aviso en cualquier momento enviando una solicitud por correo al Funcionario de Privacidad de CareSource.

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

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

Correo electrónico: HIPAAPrivacyOfficer@CareSource.com

Teléfono: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** Nuestro horario de atención 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.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



D. Nuestra responsabilidad de darle información

Como afiliado a nuestro plan, usted tiene derecho a recibir información de nuestra parte acerca del plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de intérprete para responder cualquier pregunta que tenga acerca de nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Afiliados. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, lo que incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los afiliados del plan
 - el número de apelaciones hechas por los afiliados
 - cómo abandonar nuestro plan
- Los proveedores y farmacias de la red, lo que incluye:
 - cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
- Servicios o medicamentos cubiertos, lo que incluye:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta Evidencia de cobertura) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta Evidencia de cobertura) cubiertos por nuestro plan
 - límites para su cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura*, que incluye pedirnos lo siguiente:
 - explicar por escrito por qué algo no está cubierto
 - rectificar una decisión que hayamos tomado

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- pagar una factura que recibió

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

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo si pagamos menos del monto que cobra el proveedor. para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener sus servicios de atención médica de Medicare por medio de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage (MA).
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de esta *Evidencia de cobertura*:
 - Para obtener más información acerca de cuándo puede afiliarse a una nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información acerca de cómo obtendrá los beneficios de Medicaid si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a completar la información de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que sea comprensible para usted. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informen los riesgos relacionados. Debemos informarle con anticipación si determinada atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- **Decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Ello incluye el derecho a abandonar el hospital o cualquier otra institución médica, incluso si su médico lo desaconseja. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento con receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento con receta, no lo apartaremos de nuestro plan. No obstante, si rechazara el tratamiento o dejara de tomar sus medicamentos, usted asumirá toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.
- **Pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le negó la atención médica.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le niega la atención que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que le negamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se denomina una decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo

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

- Completar un formulario por escrito **que le da a otra persona el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted** en caso de que no pueda tomarlas por usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo se debe manejar su atención médica en caso de que si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que debe usar para dar sus indicaciones se denomina “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, cada uno de los cuales tiene un nombre distinto. Los ejemplos son el testamento vital y el poder para la atención médica.

No se le exige tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea usar una directiva anticipada:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Asimismo, puede comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitar el formulario.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su PCP lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesiten conocer esta directiva.** Entregue una copia del formulario al médico. También debería entregarle una copia a la persona que designe para que tome las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Es posible que desee entregarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en casa.
- Si sabe con anticipación que lo van a internar y cuenta con directivas anticipadas firmadas, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital le preguntarán si tiene un formulario de directivas anticipadas firmado y si lo tiene en su poder.
 - Si no tiene un formulario de directivas anticipadas firmado, el hospital cuenta con formularios a su disposición y le preguntarán si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Tener su directiva anticipada en su expediente médico.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Para designar a un representante autorizado, complete el Formulario de Designación de Representante Autorizado aquí:
www.dam.assets.ohio.gov/image/upload/medicaid.ohio.gov/Resources/Publications/Forms/ODM06723fillx.pdf

Por ley, nadie puede negarle el cuidado o discriminarle por el hecho de que haya firmado o no una directiva anticipada. Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener mayor información.

G3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas anticipadas

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones detalladas en dicho documento, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health), llamando al 1-800-342-0553 o enviando un correo electrónico a HCComplaints@odh.ohio.gov.

H. Su derecho a presentar reclamaciones y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* le indica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una reclamación.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Tiene derecho a recibir información acerca de las apelaciones y las reclamaciones que otros afiliados al plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Afiliados para obtener esta información.

H1. Qué hacer en caso de tratamiento injusto u si desea obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que lo tratamos de forma injusta, y **no se** trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de esta *Evidencia de cobertura*, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Afiliados.
- El programa OSHIP al 1-800-686-1578. Para obtener más información sobre el OSHIP, consulte el **Capítulo 2**.
- La Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio, al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- El Ómbudsman de MyCare Ohio en la Oficina de Atención a Largo Plazo Estatal al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare), en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan

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

- **Lea esta *Evidencia de cobertura*** para conocer qué cubre nuestro plan y cuáles son las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta Evidencia de cobertura. Dichos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta Evidencia de cobertura.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que usa todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- **Informe a su médico y otros proveedores de atención médica** que usted está afiliado a nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Comparta con ellos información médica importante que necesiten sobre usted y su salud. Obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas por usted y sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus doctores y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los afiliados del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados a CareSource MyCare Ohio, Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare.
 - **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Avísenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden estar afiliadas a este plan. El **Capítulo 1** de esta Evidencia de cobertura contiene información acerca de nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si el lugar al que se mudará está fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP.**



- pasarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- Informe a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura* para conocer los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, aun así, necesitamos saberlo.** Necesitamos tener su expediente de afiliación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, comuníquese con Seguridad Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
 - **Llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados si tiene dudas o inquietudes.**
 - Los afiliados de 55 años o más que reciben servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a la recuperación del patrimonio tras su fallecimiento. Para obtener más información, puede comunicarse con su coordinador de la atención.
 - Para obtener más información acerca de las reglas de recuperación de bienes, visite:
www.ssp.benefits.ohio.gov/apsspssp/pdf/ODM_07400.pdf

Como afiliado a CareSource MyCare Ohio debe asegurarse de lo siguiente:

- Tener un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red.
- Atenderse solo con proveedores de atención primaria (PCP) aprobados.
- Respetar las citas programadas con sus médicos (especialistas), ser puntual y, si tiene que cancelarlas, llamar con 24 horas de anticipación.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención acordadas con los médicos y otros proveedores de atención médica.
- Llevar siempre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource con usted y presentarla al recibir los servicios.
- Nunca permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado a CareSource.
- Informar a su asistente social del condado y a CareSource MyCare Ohio de un cambio en su número de teléfono o dirección.
- Comunicarse con su proveedor de atención primaria (PCP) luego de acudir a un centro de atención de urgencias o después de recibir atención fuera del área de servicio de los condados que cuentan con la cobertura de CareSource MyCare Ohio.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP.**



- Permitir que CareSource MyCare Ohio y su asistente social del condado sepan si algún miembro de su familia tiene otra cobertura de seguro de salud.
- Proporcionar la información que CareSource MyCare Ohio y sus proveedores de atención médica necesitan para brindarle atención.
- Comprender, tanto como sea posible, sus afecciones de salud y participar en la consecución de los objetivos que usted y su proveedor de atención médica (PCP) acuerden.
- Informarnos si sospecha de un fraude o abuso respecto a los servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema con o una reclamación sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no pagará.
- No está conforme con una decisión que tomó nuestro plan respecto a su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan muy pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar lo que busca con facilidad. **Si usted tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	191
A1. Acerca de los términos legales	191
B. Dónde recibir ayuda.....	191
B1. Dónde obtener más información y ayuda.....	191
C. Cómo comprender las reclamaciones y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.....	192
D. Problemas con sus beneficios	193
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	194
E1. Decisiones de cobertura.....	194
E2. Apelaciones	194
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	195
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	196
F. Atención médica	196
F1. Cómo usar esta sección	197
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	197
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	200
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	204
F5. Problemas con el pago	208
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	210
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	210
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	211
G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones	212

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	213
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	215
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	217
H. Cómo pedirnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital	218
H1. Conozca sus derechos de Medicare	220
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	221
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	223
I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos	224
I1. Aviso anticipado antes de que termine su cobertura	224
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	224
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	226
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	227
J1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare	227
J2. Apelaciones adicionales de Medicaid	228
J3. Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	229
K. Cómo presentar una reclamación	230
K1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones	230
K2. Reclamaciones internas	232
K3. Reclamaciones externas	233

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que use depende del tipo de problema tenga. Use un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar reclamaciones** (también llamadas quejas).

Para garantizar la equidad y la prontitud, cada uno de los procesos cuenta con un número de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, es por eso que usamos palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales cuando es posible. Usamos la menor cantidad de abreviaturas posibles.

Por ejemplo, decimos:

- “presentar una reclamación” en lugar de “interponer una queja formal”
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expedita”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE)

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

B. Dónde recibir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, es confuso iniciar o seguir el proceso para manejar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. En otros casos, es posible que usted no tenga la información necesaria para continuar con el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-855-475-3163 para obtener ayuda con un problema o responder preguntas.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Ayuda del Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP)

También puede llamar al OSHIIP al 1-800-686-1578. También puede revisar su sitio web en www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiipus/divisions/oshiip. Los asesores del OSHIIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con su problema. El OSHIIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El OSHIIP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El teléfono del OSHIIP es 1-800-686-1578.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí presentamos dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare, en (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa al consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680. Servicio al cliente: de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.

Ayuda e información del Ómbudsman de MyCare Ohio

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-266-4346, de lunes a viernes de 8 a. m a 5 p. m. Para TTY, use el Servicio de Retransmisión de Ohio: marque 711 y use 614-466-5500 para obtener información general.

C. Cómo comprender las reclamaciones y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted cuenta con Medicare y Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, usted usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medicaid. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



D. Problemas con sus beneficios

Si usted tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación le ayuda a encontrar la sección correcta en este capítulo para problemas y reclamaciones.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?	
Esto incluye problemas acerca de si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la manera en la que está cubierta y los problemas relacionados con el pago por su atención médica.	
Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E , "Decisiones de cobertura y apelaciones".	No. Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K , "Cómo presentar una reclamación".

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



E. Decisiones de cobertura y apelaciones

La decisión de cobertura y la presentación de una apelación tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B como **atención médica**. Se utiliza el proceso de decisión y apelación de cobertura para cuestiones como si algo está cubierto o no, y la forma en que algo está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si un proveedor de la red de su plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión favorable a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de negación estándar para este especialista médico, o el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de esta *Evidencia de cobertura*).

Usted o su médico pueden contactarnos para solicitar una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que usted piensa que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué es lo que está cubierto para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, puede que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o dejará de estar cubierto para usted por Medicare o Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Su apelación estará a cargo de revisores distintos a quienes tomaron la decisión adversa.

Una vez completada la revisión, le hacemos saber nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización Revisora Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid o de la Parte D de Medicare, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, la carta le proporcionará información relacionada con ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión para la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelaciones.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- **Servicios para Afiliados** a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) por teléfono al 1-800-686-1578
- **Su médico o proveedor.** Su médico o algún otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no se le exige que lo tenga** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos.
 - Además de la apelación del afiliado, los proveedores también pueden apelar a la organización de revisión médica externa del ODM accediendo al formulario “Solicitud de Revisión Externa de MCE de Ohio Medicaid” (“Ohio Medicaid MCE External Review Request”) ubicado en www.gainwelltechnologies.com/permedion/ (incluido bajo “Revisión Médica Externa de la Entidad de Atención Administrada de Ohio” (“Ohio Managed Care Entity External Medical Review”)) y lo envían a la entidad de Revisión Médica Externa junto con la documentación de apoyo requerida. Los proveedores deben cargar el formulario de solicitud y toda la documentación de apoyo al portal de proveedores de la entidad de EMR ubicado en ecenter.hmsy.com/ (los nuevos usuarios enviarán su documentación por correo electrónico seguro a IMR@gainwelltechnologies.com para establecer el acceso al portal).

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Complete el formulario de Designación de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a que alguien actúe en su nombre.

Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de "Designación de un representante". También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Existen cuatro situaciones diferentes que tienen que ver con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene distintas reglas y plazos. Le damos detalles para cada una en una sección por separado de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare"
- **Sección 7**, "Cómo pedirnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital"
- **Sección I**, "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro qué secciones utilizar, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata de sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura* en la Tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hacen, le explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las reglas para servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

En esta sección explica lo que usted puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Sección F2.

2. No aprobamos la atención que su médico u otro proveedor de atención médica desea prestarle y usted considera que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que pensó que cubríamos y quiere que le reembolsemos el dinero.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura para determinada atención médica y usted piensa que nuestra decisión podría dañar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en centro de enfermería especializada o servicios de un CORF, aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o la interrupción de la cobertura para determinada atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, esto se denomina una **determinación organizativa integrada**.

Usted, su médico o su representante puede solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono, al: **1-855-475-3163**, TTY: **1-833-711-4711 o 711**.
- Por fax al: 1-844-417-6157.
- Por carta a: CareSource, P.O. Box 1307, Dayton, OH 45401-1307.

Decisión de cobertura estándar

Quando le informamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado usar plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



respuesta dentro de los siguientes plazos:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico que requiere autorización previa.**
- **10 días calendario** después de recibir su solicitud para todos los demás servicios o equipos médicos **que no requieren autorización previa.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si usted pide más tiempo o si necesitamos información que pueda beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede hacer una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, nosotros daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. El proceso para presentar reclamaciones es diferente al proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, incluida una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para decisión de cobertura rápida es **determinación expedita.**

Cuando nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su estado de salud requiere de una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en el siguiente plazo:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si determinamos que falta alguna información que podría beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para obtener información para nuestra revisión. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podremos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede hacer una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de usar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, incluida una reclamación rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



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

- Solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida para el pago de artículos o servicios médicos que ya recibió.
- Usar los plazos estándar **podría causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

Le damos una decisión de cobertura rápida automáticamente si su médico nos indica que su salud así lo requiere. Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidimos si puede recibir una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, se lo informaremos en una carta y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta le informa:
 - Que le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, incluida una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos.

- Si nuestra respuesta es **no**, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud para una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explique por qué, y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado o para continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su doctor o su representante deberá comunicarse con nosotros. Llámenos al

1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) o escríbanos a la siguiente dirección:

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

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

- Si su médico u otro profesional que receta le pide continuar un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que necesite designarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien, que no sea su médico, presenta la apelación por usted, incluya el formulario de Designación de un representante que autorice a esa persona a actuar en su nombre. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimaremos su solicitud, y
 - Le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Deberá solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario desde la fecha que figura en la carta en la que le comunicamos nuestra decisión.
- Si deja pasar la fecha límite debido a una razón válida, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Una razón válida es, por ejemplo, que usted tenía una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta acerca del plazo. Cuando presente la apelación, explique la razón por la que la presenta tarde.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional que respalde su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración expedita**”.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Le damos una apelación rápida automática si su médico nos indica que su estado de salud así lo requiere. Si lo solicita sin el aval de su médico, nosotros decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta en la que se informa y usamos los plazos estándar. La carta le informa:
 - Que le damos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una "reclamación rápida" sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, incluida una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que suspendaremos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura para un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no están sujetos a su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no se continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- De ser necesario, recabamos más información. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Para plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas luego de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, su médico, persona que emita recetas, o a su representante confirmación verbal de la denegación.
- Si pide más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, hablamos acerca de esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar ante el estado una Audiencia Imparcial de Nivel 2. En Ohio, una Audiencia Imparcial se denomina Audiencia Estatal.
- **Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos aprobar o dar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de su solicitud, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.**

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 15 días calendario** después de haber recibido su apelación para cobertura por servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que usted no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si pide más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.

- Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
- No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.
- Si cree que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión. Si usted presenta una reclamación rápida, le damos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación, incluida una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, hablamos acerca de esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar ante el estado una Audiencia Imparcial de Nivel 2. En Ohio, una Audiencia Imparcial se denomina Audiencia Estatal Imparcial. Puede presentar una Audiencia Estatal Imparcial si llama al 1-866-635-3748 o visita hearings.ifs.ohio.gov/apps/SHARE/#_fromHomeScreen.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura que aceptamos proporcionarle dentro de 30 días calendario, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, luego de haber recibido su apelación.

Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta es **No** para una parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indica si, en general, Medicare, Medicaid o ambos programas cubren el servicio o artículo.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre, automáticamente enviamos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente cubre Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si el problema está relacionado con un artículo o servicio que **tanto Medicare como Medicaid** pueden cubrir, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la IRO. Puede solicitar una Audiencia Imparcial al estado.

Si califica para mantener los beneficios al presentar su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo mantener sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de Apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente solo cubre Medicaid de Ohio, sus beneficios para ese servicio continúan si envía una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente cubre Medicare

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” (IRO) es “**Entidad Revisora Independiente**”, a veces llamada la “**IRE**”.

- Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que sea la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviamos información acerca de su apelación (su “expediente”) a esta organización. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente.
- Tiene derecho de brindarle más información a la IRO con el objetivo de respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan con atención toda la información relacionada con la apelación.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si usted tuvo una apelación rápida de Nivel 1, también tendrá una apelación rápida de Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación rápida de Nivel 1, también tendrá una apelación rápida de Nivel 2. La IRO debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la IRO necesita reunir más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar de Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación estándar con nosotros de Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar de Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de recibir su solicitud.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo **de 7 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y le explica las razones.

- **Si la IRO responde Sí a una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico, nosotros debemos hacer lo siguiente:**
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
 - Proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** a partir de la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes expeditas**.
- **Si la IRO responde que Sí a una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



para **solicitudes estándar, o**

- **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las solicitudes expeditas.
- **Si la IRO responde No a una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”.
 - Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.
 - Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2; en total son cinco niveles.
 - Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante maneja la apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente cubre Medicaid o que está cubierto por Medicare y Medicaid

Una Apelación de Nivel 2 para servicios que generalmente cubre Medicaid de Ohio es una Audiencia Imparcial con el estado. En Medicaid de Ohio, una Audiencia Imparcial se denomina Audiencia Estatal. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono en un plazo de **90 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indica dónde puede enviar su solicitud de una Audiencia Imparcial.

Si se pasa de la fecha límite de 90 días calendario y tiene una razón justificada, la Oficina de Audiencias Estatales puede concederle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una Apelación de Nivel 1 antes de poder solicitar una Audiencia Estatal.

NOTA: Si desea que alguien actúe en su nombre, incluido su médico u otro proveedor, debe entregar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso por escrito en el que indique que desea que esa persona sea su representante autorizado.

Puede firmar y enviar el formulario de Audiencia Estatal a la dirección o el número de fax que figura en el formulario o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

En general, las decisiones de audiencias estatales no suelen tardar más de 70 días calendario una vez que la Oficina de Audiencias Estatales recibe la solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales acuerda que este plazo podría causarle graves perjuicios a su salud o perjudicar sus funciones, la decisión se otorgará tan pronto como sea necesario, pero a no más tardar de transcurridos tres días laborales luego de que la Oficina de Audiencias Estatales recibe la solicitud.

La oficina de Audiencias Imparciales le da su decisión por escrito y le explica las razones.

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales responde **Sí** a una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionarle el servicio **dentro de las 72 horas** después de la recepción de su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales responde **No** a una parte o a la totalidad de la apelación, significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si la decisión de la IRO o de la Oficina de Audiencias Imparciales es **No** para la totalidad o una parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si la Apelación de Nivel 2 se derivó a la **IRO**, solo puede volver a apelar si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un determinado valor mínimo. Un ALJ o abogado litigante se encarga de una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted reciba de la IRO le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias Imparciales describe la próxima opción de apelación. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Además de la apelación del afiliado, los proveedores también pueden apelar a la organización de revisión médica externa del ODM accediendo al formulario “Solicitud de Revisión Externa de MCE de Ohio Medicaid” (“Ohio Medicaid MCE External Review Request”) ubicado en www.gainwelltechnologies.com/permedion/ (incluido bajo “Revisión Médica Externa de la Entidad de Atención Administrada de Ohio” (“Ohio Managed Care Entity External Medical Review”)) y lo envían a la entidad de Revisión Médica Externa junto con la documentación de apoyo requerida. Los proveedores deben cargar el formulario de solicitud y toda la documentación de apoyo al portal de proveedores de la entidad de EMR ubicado en ecenter.hmsy.com/ (los nuevos usuarios enviarán su documentación por correo electrónico seguro a IMR@gainwelltechnologies.com para establecer el acceso al portal).

F5. Problemas con el pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si el pago que le brindamos al proveedor es menor al que este aplica para un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige pagar el resumen de una factura.

Si recibe una factura que es más que el copago por los servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*. Describe las situaciones en las que usted podría necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le decimos cómo hacernos llegar los documentos para solicitarnos un pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Evaluaremos si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para el uso de su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero en no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si todavía no pagó el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta en la que se le informará que no pagaremos el servicio o artículo, y los motivos correspondientes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos responder dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos la apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** por lo general cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Nosotros le mandaremos una carta si ocurre lo siguiente:

- Si la IRO revierte nuestra decisión e indica que debemos hacer el pago, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquiera de las etapas del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO responde que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”. Recibirá una carta en la que se explicarán los derechos adicionales de apelación que usted puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medicaid generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información. Puede presentar la audiencia en hearings.ifs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmHomeScreen. Envíe un correo electrónico a BSH@ifs.ohio.gov o llame al 1-866-635-3748.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como afiliado a nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos de la Parte D de Medicare". Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medicaid podría cubrir.

Esta sección corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare. Nosotros diremos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de decir "medicamento de la Parte D de Medicare" cada vez. Para medicamentos cubiertos solo por Medicaid siga el proceso que se encuentra en la **Sección E**.

Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Eso significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos respecto a sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted solicita que hagamos una excepción, que incluye pedirnos lo siguiente:
 - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan u
 - omitir una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le indica que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **determinación de cobertura**.

- Usted nos pide que paguemos un medicamento que usted ya adquirió. Esto equivale a solicitarnos una decisión de cobertura acerca del pago.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le indicamos cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla si necesita ayuda.

¿Cuál de estas situaciones es la suya?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que omitamos una regla o restricción para un medicamento cubierto.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y considera que cumple con las reglas o restricciones del plan (como contar con la aprobación previa) para obtenerlo.	Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le indicamos que no cubriríamos ni pagaríamos un medicamento del modo que usted quería.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitar una decisión de cobertura.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento como usted lo desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o que se elimine la restricción de un medicamento, en ocasiones, se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A continuación, estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en la *Lista de medicamentos*.
- No puede obtener una excepción al monto requerido de copago del medicamento.

2. Eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluyen:
 - Verse obligado a usar la versión genérica de un medicamento, en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. En ocasiones, esto se denomina “autorización previa” (PA).
 - Verse obligado a probar un medicamento diferente primero, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. En ocasiones, esto se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en cuanto a la cantidad que usted puede obtener.

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico u otro profesional que receta deberán indicarnos las razones clínicas.

Su médico u otro profesional que receta deberán proporcionarnos una declaración en la que se indiquen las razones clínicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya la información clínica de su médico u otra persona que emita recetas al solicitar la excepción.

Por lo general, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección médica específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no ocasiona mayores efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos responder que Sí o que No a su solicitud.

- Si nuestra respuesta es **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



excepción tiene duración hasta el final del año calendario. Esto continuará de este modo, en tanto su médico siga recetándole el medicamento y éste continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

- Si nuestra respuesta es **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **No**.

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

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al 1-800-935-6103 (TTY: 1-800-716-3231), escríbanos o envíenos un fax. Tanto usted como su representante, su médico (u otra persona que emita recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) o alguna otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a una persona como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si usted desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta *Evidencia de cobertura*.
- Si solicita una excepción, proporcione una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por correo o por fax. También puede darnos la indicación por teléfono y, luego, enviar una declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “decisión de cobertura rápida”.

Utilizamos los “plazos estándar”, a menos que acordemos utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura expedita**”.

Puedo obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no obtuvo. No puede podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya adquirió.
- Su salud o capacidad de funcionamiento se vería seriamente dañada si aplicamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos dársela. Nosotros le enviamos una carta en la que se lo informamos.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico u otro profesional que receta, decidimos si puede recibir una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos en su lugar los plazos estándar.
 - Nosotros le enviamos una carta en la que se lo informamos. La carta le indicará cómo presentar una reclamación acerca de nuestra decisión.
 - Puede presentar una reclamación rápida y obtener una respuesta dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación, incluida una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 24 horas de recibir la solicitud. Si usted solicita una excepción, esto significa 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informamos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para la revisión de una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud, debemos aprobar la cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se le indica cómo puede presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informamos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para la revisión de una IRO.
- Si nuestra respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionamos la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que usted ya adquirió

- Deberemos darle nuestra respuesta dentro de 14 días calendario luego de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para la revisión de una IRO.
- Si nuestra respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar o rápida** llamando al **1-800-935-6103 (TTY: 1-800-716-3231 o 711)**, por correo o por fax. Tanto usted como su representante, su médico (u otra persona que emita recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada con su apelación.
- Deberá solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** desde la fecha

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



que figura en la carta en la que le comunicamos nuestra decisión.

- Si deja pasar la fecha límite debido a una razón válida, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Una razón válida es, por ejemplo, que usted tenía una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta acerca del plazo. Cuando presente la apelación, explique la razón por la que la presenta tarde.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional que respalde su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación expedita**”.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los que se necesitan para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a revisar cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura.
- Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico, u otra persona que expida recetas, para obtener más información.

Plazos para las apelaciones rápidas de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, deberemos informarle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
 - Le informamos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura que aceptamos proporcionarle dentro de

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



las 72 horas después recibir su apelación.

- Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica las razones y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, deberemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le daremos nuestra decisión en un plazo menor si no recibió el medicamento y su afección de salud así lo requiere. Solicite una apelación rápida si usted cree que su salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** acordada tan rápidamente como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica las razones y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos informarle nuestra respuesta acerca del reembolso por un medicamento que usted adquirió **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los siguientes 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud,

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



le enviamos una carta que explica las razones y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta es **No** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe usar el proceso de apelaciones para la Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando respondimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” (IRO) es “**Entidad Revisora Independiente**”, a veces llamada la “**IRE**”.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deberá contactar a la IRO **por escrito** y pedirle que revise su caso.

- Si nuestra respuesta es **No** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. En estas instrucciones se le dice quién puede presentar dicha apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, nosotros le enviamos la información que tenemos acerca de su apelación a la organización. Esta información se denomina “expediente”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente**
- Tiene derecho de brindarle más información a la IRO con el objetivo de respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la IRO.

- Si acepta una apelación rápida, deberá darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.
- Si la respuesta es **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted tiene una apelación estándar de Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- **dentro de los 7 días calendario** después de la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación de reembolso por un medicamento que usted adquirió.

Si la IRO responde **Sí** para una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamento aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la junta de revisión independiente.
- Debemos reembolsarle el monto de un medicamento que adquirió dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que coincide con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si la IRO responde que **No** a su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita es menor al mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si desea continuar con la apelación.

- Existen otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la junta de revisión independiente responde **No** a su apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito de continuar el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para obtener más detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo pedirnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararle para el día en que se le dé de alta. También le ayudan a hacer los arreglos para la atención que usted pueda necesitar luego de ser dado de alta.

- El día en que usted deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si cree que se le ha pedido que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa sobre su atención después de salir del hospital, usted puede pedir una internación más prolongada. En esta sección le explicamos cómo hacerlo.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, algún empleado del hospital, como un asistente social o un/a enfermero/a, le entregará un aviso escrito llamado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Toda persona que tenga Medicare recibe una copia de este aviso al momento de la admisión hospitalaria.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluido su derecho a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante la internación y después de ella. Tiene derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Participar en las decisiones sobre el tiempo de permanencia en el hospital.
 - Saber dónde puede comunicar sus inquietudes acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firmar el aviso** como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre pueden firmar el aviso.
 - Su firma en el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información acerca de sus derechos. Firmar **no** significa que acepta una fecha de alta que le haya dicho su médico o el personal del hospital.
- **Guardar una copia** firmada del aviso para tener la información, en caso de necesitarla.

Si usted firma el aviso en un plazo mayor a dos días antes de dejar el hospital, recibirá otra

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



copia antes del alta.

Puede consultar una copia del aviso con anticipación si:

- Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es apropiada para usted desde el punto de vista médico.

La QIO está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos analizan y ayudan a mejorar la calidad de la atención para los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Ohio, la QIO es Commence Health Livanta. Llámelos al 1-888-524-9900, TTY: 711. Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. También puede escribir a BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454. Nuestro sitio web es <https://www.commencehealthqio.cms.gov/>. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Mensaje importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de dejar el hospital y a más tardar en su fecha de alta programada.

- **Si llama antes de salir del hospital**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada sin pagar por la misma mientras espera la decisión de la organización para el mejoramiento de la calidad acerca de su apelación.
- **Si no llama para apelar**, y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Pida ayuda si lo necesita. Llámenos en cualquier momento si necesita ayuda o si tiene preguntas.

- Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión expedita**”.

Qué sucede durante esta revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores verifican su información médica, hablan con su médico y controlan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan acerca de su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también explica los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y que es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Notificación Detallada de Alta Médica**”. Puede obtener una copia de muestra si llama a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará la respuesta a su apelación.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación:

- Continuaremos proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **No** a su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado terminará al mediodía del día después de que la QIO le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la QIO le dé una respuesta a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Usted puede hacer una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y permanece internado en el hospital después de su fecha de alta programada.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que revise la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame a la QIO al 1-888-524-9900, (TTY: 1-888-985-8775).

Usted deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO haya dicho **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **únicamente** si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Se le entregará una carta que indica qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección es solo acerca de los tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios de atención médica en el hogar
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. En general, esto significa que usted está siendo tratado por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que usted los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo **antes** de la finalización de sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagar por él.

Si usted cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección le indicamos cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito de que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Este se denomina “Aviso de falta de cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que usted recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que es demasiado pronto para que terminemos la cobertura de su atención, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa acerca del proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a las cosas que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si usted cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una reclamación. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las reclamaciones.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Llame al OSHIIP al 1-800-686-1578.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarlos.
 - Solicite que revise su apelación y decida si cambia la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y pida una “apelación acelerada”.** Pregunte a la organización para el mejoramiento de la calidad si es adecuado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

El plazo para que usted contacte a esta organización

- Usted debe comunicarse con la QIO para comenzar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia del “Aviso de Falta de Cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de falta de cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debería continuar. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan su apelación.

El término legal para este aviso explicativo es “**Aviso Detallado de No Cobertura**”.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Los revisores le informan su decisión al cabo de todo un día posterior a que se obtenga la información necesaria.
- Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación:
 - Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **No** a su apelación:
 - Su cobertura termina en la fecha que le informamos.
 - Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención el día indicado en el aviso.
 - Usted pagará el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un CORF después de la fecha en que termina su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que revise la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame a Commence al 1-888-524-9900 (TTY: 711). Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. También puede escribir a BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454. Nuestro sitio web es <https://www.commencehealthqio.cms.gov/>

Usted deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para el mejoramiento de la calidad haya dicho **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **únicamente** si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Le proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad responde **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su atención y no la cambiará.
- Se le entregará una carta que indica qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones se rechazaron, puede que tenga derecho a utilizar niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no cumple con un monto mínimo en dólares, no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez de derecho administrativo o abogado litigante responde que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Es posible que esperemos la decisión a la apelación de Nivel 4 antes de autorizarle o proporcionarle el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o abogado litigante.
 - Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante responde que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones termine o no.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que usted reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde que **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisar una decisión a una Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si la respuesta del Consejo es **No** o si rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o puede no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted **no acepta** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que usted reciba, se le indicará si puede presentar una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Juzgado Federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen niveles de apelación adicionales al Juzgado Federal de distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medicaid

Usted también tiene otros derechos de apelación si se trata de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que recibe de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones. La apelación del siguiente nivel se denomina apelación administrativa y la lleva a cabo la Oficina de Audiencias Estatales (Supervisores de Audiencias) si una persona no está de acuerdo con el resultado de la audiencia estatal. Si se desea apelar más allá de la apelación administrativa, el siguiente nivel se denomina revisión judicial y se lleva a cabo a través del tribunal de causas comunes de su condado residencial.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



J3. Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que recibe a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante responde que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante responde que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones termine o no.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que usted reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo responde que **No** a la apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones termine o no.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted **no acepta** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que usted reciba, se le indicará si puede presentar una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Juzgado Federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen niveles de apelación adicionales al Juzgado Federal de distrito.

K. Cómo presentar una reclamación

K1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones

El proceso de reclamación se usa solamente para ciertos tipos de problemas, como los problemas con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de reclamación.

Reclamación	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• Se siente insatisfecho con la calidad de la atención recibida, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió alguna información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mala calidad de servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de atención médica fue maleducado o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Considera que lo están echando de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Reclamación	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia con el idioma	- No puede acceder a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor debido a un problema físico. - Su médico o proveedor no proporcionan un intérprete para el idioma que habla que no es inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español). - Su proveedor no le proporciona otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene dificultad para obtener una cita o tiene que esperar demasiado para obtenerla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Afiliados u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	- Considera que no le entregamos un aviso o carta que debería haber recibido. - Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	- Piensa que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. - Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. - No cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Existen diferentes tipos de reclamaciones. Puede presentar una reclamación externa y/o interna. Una reclamación interna se presenta al plan y este la verifica. Una reclamación externa se presenta a una organización que no está relacionada con el plan y esta lo verifica. Si necesita ayuda para hacer una reclamación interna y/o externa, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

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

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

K2. Reclamaciones internas

Para presentar una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Puede presentar la reclamación en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la reclamación es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de tener el problema por el que quiere reclamar.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Servicios para Afiliados se lo indicará.
- Usted también puede escribir su reclamación y enviárnosla. Si presenta su reclamación por escrito, nosotros se la responderemos por escrito.

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

De ser posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama por una reclamación, tal vez le demos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos todas las demás reclamaciones dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un tiempo estimado para que usted reciba la respuesta.
- Si presenta una reclamación porque se le denegó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le damos automáticamente una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.
- Si presenta una reclamación porque nos tomamos tiempo adicional para emitir una decisión de cobertura o apelación, le damos automáticamente una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su reclamación, se lo indicaremos y le daremos los motivos. Le respondemos si estamos de acuerdo con su reclamación o no.

K3. Reclamaciones externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su reclamación o enviársela a Medicare. El formulario de reclamación de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No necesita presentar una reclamación ante CareSource MyCare Ohio antes de presentar una reclamación ante Medicare.

Medicare se toma sus reclamaciones en serio y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene sugerencias o inquietudes, o si cree que el plan de salud no se está ocupando de su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede informarle a Medicaid sobre su reclamación. Puede llamar a la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 711. La llamada es gratuita. Usted también puede enviar su reclamación a Medicare al correo electrónico bmhc@medicaid.ohio.gov.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR)

Puede hacer una reclamación a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Servicios Humanos y de Salud si cree que no recibió un tratamiento justo. Por ejemplo, puede presentar una reclamación sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono para la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR escribiendo a:

Ohio Civil Rights Commission
30 East Broad Street
Columbus, Ohio 43215

Por teléfono: 1-614-466-2785

Línea Gratuita: 1-888-278-7101
(TTY: 1-800 750-0750, en inglés/1-888-269-0678, en español)

Correo electrónico: PACE@civ.ohio.gov

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Usted también puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede comunicarse con Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711)** o a la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 711) para obtener asistencia o odm_eeo_employeerelations@medicaid.ohio.gov.

Organización para el mejoramiento de la calidad

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

- Usted puede presentar su reclamación acerca de la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Usted puede presentar su reclamación ante la QIO y nuestro plan. Si presenta una reclamación ante la QIO, trabajamos junto con ellos para resolver su reclamación.

o La organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura*.

En Ohio, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-888-524-9900 o TTY 711. Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. También puede escribir a BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454. Nuestro sitio web es <https://www.commencehealthqio.cms.gov/>.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 10: Cómo terminar su afiliación a nuestro plan

Introducción

Este capítulo le explica cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Incluso si deja el plan, sigue siendo parte de los programas de Medicare y Medicaid mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Índice

A. Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan	237
B. Cómo terminar su afiliación a nuestro plan	238
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	239
C1. Sus servicios de Medicare	239
C2. Sus servicios de Medicaid	244
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que termine su afiliación a nuestro plan	245
E. Otras situaciones en que termina su afiliación a nuestro plan	245
F. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud	246
G. Tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su afiliación a nuestro plan	247
H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su afiliación al plan	247

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su afiliación durante ciertos períodos del año. Dado que tiene Medicaid, tiene algunas opciones para terminar su afiliación a nuestro plan, incluso en cualquier mes del año. Dado que CareSource MyCare Ohio cubre tanto los servicios de Medicare como los de Medicaid, su cobertura de Medicaid está coordinada para que coincida con su plan Medicare seleccionado. Mientras esté inscrito en este plan de Medicare para sus beneficios de Medicare, su inscripción a Medicaid también estará relacionada con el plan CareSource MyCare Ohio.

Además, puede terminar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos de cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, que rige del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan terminará el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare que están afiliados a un plan, desde el mes en que adquieren el derecho a las Partes A y B hasta el último día del 3.º mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede suceder que haya otras situaciones en las que sea elegible para realizar cambios en su inscripción. Por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- si se muda fuera de nuestra área de servicio,
- si su elegibilidad para Medicaid o para la Ayuda adicional ha cambiado o
- si recientemente se mudó a un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo, actualmente recibe atención allí o acaba de mudarse de uno de estos centros.

Su afiliación termina el último día del mes en que recibimos su solicitud para terminar su afiliación a nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1.º de febrero, en este ejemplo).

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare, en la tabla de la **Sección G1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede terminar su afiliación llamando al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711)**

- Servicios para Afiliados, al número que figura en la parte inferior de la página. También figura el número para usuarios de TTY.
- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (SHIP), Programa de Información de Seguro de Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP), al 1-800-686-1578.

B. Cómo terminar su afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su afiliación, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Medicare Original. Sin embargo, si usted desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero aún no ha seleccionado un plan independiente para medicamentos de Medicare, debe solicitar la finalización de su inscripción a nuestro plan. Existen dos maneras en las que usted puede finalizar su inscripción:

- Usted puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página, si necesita más información sobre cómo hacer esto.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades de la audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la **Sección C1** encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan.
- Llame al Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede tomar para inscribirse en un plan diferente, que también terminará su afiliación a nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



C. Cómo obtener servicios de Medicare y de Medicaid por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y Medicaid si decide deja nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que se mencionan a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se menciona a continuación durante ciertos períodos del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, su afiliación a nuestro plan termina automáticamente.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



1. Puede cambiar a: Otro plan que proporciona su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan, también conocido como plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad integrado (D-SNP) o plan del Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), si cumple con los requisitos.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), llame al 1-800-266-4346. Si necesita recibir más información: • Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiipus/divisions/oshiip. O BIEN Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Su inscripción a nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Cambiar a Medicare Original no afectará su inscripción en Medicaid de Ohio. Medicaid de Ohio alineará automáticamente su inscripción a Medicaid para que coincida con su plan seleccionado.
--	--

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



2. Puede cambiar a: Medicare Original con un plan independiente para medicamentos de Medicare.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita recibir más información: • Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip. O BIEN Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Cambiar a Medicare Original no afectará su inscripción en Medicaid de Ohio. Si necesita recibir más información: • También puede comunicarse con la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.
--	--

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



3. Puede cambiar a:

Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare separado si tiene un motivo válido para cancelar su afiliación

NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no quiere inscribirse.

Solo debe rechazar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m., o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiipus/divisions/oshiip.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita recibir más información:

- Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiipus/divisions/oshiip.

Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.

Si necesita recibir más información:

- También puede comunicarse con la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



4. Puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados momentos del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones que se describen en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), llame al 1-800-266-4346. Si necesita recibir más información: Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiipus/divisions/oshiip. O BIEN Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Su inscripción a nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su Medicaid no se verá afectado si cambia de plan de Medicare, a menos que elija un programa PACE. Si elige la cobertura de PACE, su Medicaid estará cubierto a través de PACE.
--	---

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



	Si necesita recibir más información: También puede comunicarse con la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.
--	--

C2. Sus servicios de Medicaid

Usted debe recibir los beneficios a través de un plan de MyCare Ohio.

- Está inscrito en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).
- Cuenta con una cobertura de atención médica de un tercero válida (que no sea Medicare).
- Es miembro de una tribu india reconocida a nivel federal.

Puede elegir un plan MyCare diferente. Si elige un plan MyCare diferente para administrar sus beneficios de Medicare, el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid) alineará su cobertura de Medicaid para que coincida con su selección de Medicare. Si elige Medicare tradicional u otro plan Medicare Advantage distinto al plan MyCare, todavía elegir un plan de MyCare diferente para administrar su beneficio de Medicaid. Si no desea inscribirse en un plan de MyCare diferente, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo, así como atención de salud conductual.

Si deja de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado y una nueva *Evidencia de cobertura* para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. La Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio no puede cambiar su inscripción a Medicare, solo a Medicaid. Para cambiar su inscripción a Medicare, siga el proceso descrito en la **Sección C1**.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que termine su afiliación a nuestro plan

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Si usted deja nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que su afiliación termine y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestra red de proveedores para recibir atención médica.
- Use nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo para que le proporcionen los medicamentos con receta.
- Si está hospitalizado en el día en que termina su afiliación a CareSource MyCare Ohio, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que reciba el alta médica.

E. Otras situaciones en que termina su afiliación a nuestro plan

Estos son los casos en que debemos finalizar su afiliación al plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican a Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va de viaje durante un largo tiempo, llame a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar al que se mudará o visitará se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por una ofensa criminal.
- Si miente o nos oculta información acerca de algún otro seguro que posea y que le proporcione cobertura para medicamentos.
- Si no es ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no ciudadano elegible.
 - Debe ser ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no ciudadano elegible para estar afiliado a nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo afiliado por este motivo.
 - Debemos quitar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid de Ohio, pero se puede esperar que la recupere

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



en un plazo de seis meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por CareSource MyCare Ohio. Cuando su cobertura de Medicaid de Ohio finalice, no pagaremos sus beneficios de Medicaid de Ohio. Usted será responsable del monto de repartición de costos de todos los medicamentos de la Parte D durante este período. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid de Ohio. Si recupera su elegibilidad para Medicaid de Ohio mientras todavía está afiliado a nuestro plan para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medicaid de Ohio y su afiliación con nosotros continuará. Si no puede recuperar Medicaid de Ohio en un plazo de seis meses, cancelaremos su inscripción a CareSource MyCare Ohio. Si recupera su elegibilidad para Medicaid de Ohio después de que se haya cancelado su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos obligarle a que abandone nuestro plan por los siguientes motivos únicamente si obtenemos la autorización de Medicare y de Medicaid primero:

- Si deliberadamente nos proporciona información incorrecta al inscribirse a nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente exhibe un comportamiento conflictivo que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para recibir atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su afiliación por este motivo).

F. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna causa que se relacione con su salud. Si cree que le pedimos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



G. Usted tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su afiliación a nuestro plan

Si finalizamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo interponer una queja formal o presentar una reclamación acerca de nuestra decisión de terminar su afiliación. También puede consultar el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre cómo presentar una reclamación.

H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre terminar su afiliación, puede llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su afiliación a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes.....	249
B. Aviso sobre no discriminación.....	249
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medicaid como pagador de último recurso.....	249

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en esta *Evidencia de cobertura*. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguro o ubicación geográfica en el área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto:

- Llame al Departamento de Servicios Médicos y Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local al 1-888-278-7101.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene alguna reclamación, por ejemplo, un problema con un acceso para silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medicaid como pagador de último recurso

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

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

Cumplimos con las leyes y normas federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por servicios de atención médica para los afiliados. Tomamos todas las medidas razonables para asegurar que Medicaid sea el pagador de último recurso.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan a lo largo de esta *Evidencia de cobertura* junto con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información además de la que incluye una definición, póngase en contacto con el Servicios para Afiliados.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Actividades de la vida diaria (Activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas realizan en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que permite que las personas que tienen VIH/SIDA y son elegibles tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH.

Centro quirúrgico ambulatorio: Es un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Para pedirnos que cambiemos la decisión, usted puede hacer una apelación. En el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud conductual: Un término integral que se refiere a los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Producto biológico: Un medicamento que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células de animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: Un medicamento que fabrica y vende la compañía que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca contienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Coordinador de la atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención individualizada”.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal responsable de Medicare. En el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura* se explica cómo comunicarse con CMS.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Community Well: La categoría Community Well incluye personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid, pero que no necesitan el nivel de atención que se brinda en un centro de enfermería. Estos afiliados viven en la comunidad y pueden recibir algunos servicios domiciliarios y comunitarios, pero no requieren atención en un hogar de ancianos.

Reclamación: Una declaración escrita o verbal en la que se indica que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, su atención, los proveedores de nuestra red o nuestras farmacias de la red. El término formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja”.

Centro integral de rehabilitación de pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación de las condiciones del hogar.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9 de esta *Evidencia de cobertura* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Este es el término que empleamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica y les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Cancelación de la inscripción: El proceso mediante el que se termina su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por su elección).

Programa de manejo de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en la *Lista de medicamentos*. Genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de 5 niveles.

Plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que brinda servicios a personas que son elegibles tanto para

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico permanente (DME): Determinados artículos que su médico indica para usar en el hogar. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: Es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios no cubiertos por este plan de salud.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Al programa Ayuda adicional también se lo denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA que puede usarse en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Queja formal: Una reclamación que presente sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Una revisión de su historia clínica y su condición actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un profesional de enfermería o terapeuta licenciado, como ayudar con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar no poseen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Cuidados de hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir de manera cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención completa a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de los proveedores de hospicio en su área geográfica.

Facturación incorrecta/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura por los servicios un monto superior al monto de repartición de costos. Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no comprende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** adeuda ningún monto de repartición de costos. Los proveedores no deben facturarle ningún monto por estos servicios.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Dicha organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su labor. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de atención individualizada (Individualized Care Plan, ICP, o Plan de atención): Un plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Paciente internado: Término utilizado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que aún lo consideren un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche en el hospital.

D-SNP integrado: Un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles para acceder tanto a Medicare como a Medicaid. Estas personas también se conocen como beneficiarios completos con doble elegibilidad.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Equipo de atención interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT o Equipo de atención): Un equipo de atención puede estar compuesto por médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos en esta lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la *Lista de medicamentos* se denomina "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica crónica. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en casa para que no deba ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen servicios basados en la comunidad y centros de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Subsidio para personas de bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Medicaid: Este es el nombre del programa Medicaid de Ohio. Medicaid es administrado por el estado y lo paga el gobierno estatal y federal. Ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo, salud conductual y otros gastos médicos.

- Cubre los servicios adicionales y algunos medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare.
- Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de la atención se encuentran cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Medicamento cubierto de Medicaid: Ciertos medicamentos de venta libre, remedios para la tos y el resfriado y vitaminas con receta que están excluidos de la Parte D de Medicare.

Medicamento necesario: El término describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que cuentan con Medicare pueden obtener la cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de atención médica administrada (consulte "Plan de salud").

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también llamado "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Un programa estructurado para cambiar conductas relacionadas con la salud que proporciona capacitación sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. Una persona afiliada a Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, de enfermería especializada, de atención domiciliaria y de hospicio médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios desde el punto de vista médico para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios para medicamentos de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar). La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Medicamentos de la Parte D de Medicare: Los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Gestión de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para personas con necesidades de salud complejas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Afiliado (afiliado a nuestro plan, afiliado al plan): Una persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Evidencia de cobertura e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional, explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan.

Servicios para Afiliados: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre Servicios para Afiliados.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que acordó surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando las surte en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, el personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas y otros lugares que prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando ellos aceptan trabajar con nuestro plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a los afiliados un monto adicional.
- Mientras usted esté afiliado a nuestro plan debe usar los proveedores y las farmacias que pertenecen a la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Residencia u hogar de ancianos: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Ómbudsman: Una oficina de su estado que actúa como defensora en su nombre. Puede responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le puede ayudar a saber qué debe hacer. Los servicios del ómbudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de esta *Evidencia de cobertura*.

Determinación de la organización: Nuestro plan hace una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de esta *Evidencia de cobertura* se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de montos que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores médicos.

- Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. En el **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura*, se explica sobre los proveedores o centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: Consulte la "Parte A de Medicare".

Parte B: Consulte la "Parte B de Medicare".

Parte C: consulte la "Parte C de Medicare".

Parte D: Consulte la "Parte D de Medicare".

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información médica personal (también llamada información médica protegida o PHI):

Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguridad social, visitas al médico e historia clínica. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a esta.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que usted acude por la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de la salud acerca de su cuidado y derivarle con ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor médico.
- Consulte el **Capítulo 3** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Nuestro plan podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe una PA de parte nuestra.

- Los servicios cubiertos que necesitan una PA están marcados en el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene una PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que requieren la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en el hogar.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Dispositivos protésicos y ortopédicos: Dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica, que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que revise y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada sobre medicamentos y beneficios cubiertos. Esto incluye los montos de repartición de costos, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: Una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para consultar a un proveedor diferente de su PCP. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en los **Capítulos 3 y 4** de esta *Evidencia de cobertura*.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de esta *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta afiliados cuando limita la afiliación según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, esta generalmente se refiere al área en la que usted puede recibir servicios de rutina (que no se consideran de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y de rehabilitación que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que solo pueden ser administradas por personal de enfermería diplomado o un médico.

Especialista: Es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no continuaremos pagando un servicio de Medicaid que ya recibe, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que requiere que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Seguro de Ingresos Suplementarios (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual que paga la Seguridad Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios de la Seguridad Social.

Atención necesaria de urgencia: Es la atención que recibe por una enfermedad imprevista, una lesión o una afección que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica).

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio

LLAME AL	1-855-475-3163 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Servicios para Afiliados también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-711-4711 o 711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
FAX	1-855-489-3403
ESCRIBA A	CareSource P.O. Box 8730 Dayton, OH 45401-8738
SITIO WEB	CareSource.com/MyCare-SNP

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio 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. 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 ayuda y apoyo gratuitos si 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 ayuda 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 مجانًا. اتصل على الرقم **3163-475-855-1 (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)**.

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 सामग्रियों संबंधी फ्री मदद पाएं। यदि आपको कोई िडसएिबिलटी 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 irànlọwọ ọfẹ ní èdè rẹ pẹlú àwọn ògbifọ àti àwọn ohun èlò míràn tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlọwọ àti àtílẹ̀yìn 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)**.

موږ کولی شو ستاسو د روغتیا پاملرني په اړه ستاسو په ژبه کې او د نورو ښو (يعني فاريمتونو) له لارې له تاسو سره وړيا مرسته وکړو. آیا زموږ د موادو لوستلو لپاره ملاتړ يا مرستې ته اړتيا لرئ؟ آیا تاسو له موږ سره خبرو کولو لپاره د ژبې خدمتونه غواړئ؟ زنگ ووهئ په **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 یا 711)**.

వీయ ఖోయ తలు మరియు ఇతర రాతపూర్వక మెటీరియల్స్ లో 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 मद्दत 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 အားပံ့နှိပ်စာရွက်များကို အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းေါ်ရန် - **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)**.

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

H6396_OH-SNP-M-4151482_C

Aprobado por ODM: 08/31/2025



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

Declaración de divulgación: PRA según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre 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 0938-1444. Si tiene comentarios 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.

