

2027

CareSource®

MyCare Ohio

Manual del Afiliado exclusivo de Medicaid

Para obtener más información o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo atendemos en el mismo horario, los siete días de la semana, o visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Índice

¿Quién es elegible para inscribirse en un plan MyCare Ohio?	4
Información para nuevos afiliados	4
Proveedores de la red	5
Tarjeta de identificación	6
Lleve siempre su(s) tarjeta(s) de identificación (ID) con usted	6
Proveedor de atención primaria	7
Cuándo puede ver a un proveedor que no pertenece a la red	8
Cómo cambiar de PCP	8
Citas	9
Servicios para Afiliados	9
Coordinación de la atención	10
Servicios cubiertos por CareSource MyCare Ohio	12
Autorización previa	13
Tabla de servicios cubiertos	13
Servicios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio	30
Servicios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio, a menos que sean médicamente necesarios	30
Servicios o beneficios adicionales	31
Dónde obtener atención	33
Línea de asesoría en enfermería las 24 horas	34
Atención de seguimiento	34
Cuando viaja fuera de nuestra área de servicio	35
Salud mental	35
Atención preventiva	36
Servicios de farmacia	37
Planificación anticipada de la atención	38
Derechos del afiliado	38
Prácticas de privacidad	40

Apelaciones y quejas	46
Audiencias estatales	48
Lesión o enfermedad accidental (subrogación).....	49
Otros seguros médicos (Coordinación de beneficios).....	49
Aviso de pérdida del seguro (Certificado de cobertura válida).....	49
Pérdida de la elegibilidad para Medicaid.....	50
Renovación automática de la afiliación a MyCare Ohio	50
Finalización de su afiliación a MyCare Ohio.....	50
Cómo elegir un nuevo plan MyCare Ohio	50
Cómo elegir recibir tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid de un plan MyCare Ohio	51
Finalizaciones de la afiliación por Causa justa.....	52
¿Puede CareSource MyCare Ohio dar de baja mi afiliación?	53

ATENCIÓN: Para ayudarle a entender este aviso, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, de interpretación y ayudas auxiliares sin costo. Estos servicios incluyen traducción oral, escrita y otras ayudas. Para solicitarlas, llame al 1-855-475-3163, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET). Si tiene una dificultad auditiva, puede llamar al 1-833-711-4711 o 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET).

Bienvenido a CareSource MyCare Ohio. Ahora es un afiliado al plan de atención administrada MyCare Ohio (MyCare Ohio Managed Care Plan, MCOP). Un MCOP es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de la atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus beneficios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita. CareSource MyCare Ohio brinda servicios de atención médica a los residentes de Ohio elegibles.

¿Quién es elegible para inscribirse en un plan MyCare Ohio?

Usted resultó elegible para inscribirse porque cumplía con los siguientes criterios:

- Tiene cobertura completa de Medicaid.
- Tiene las Partes A, B y D de Medicare.
- Tiene 21 años o más.
- No está inscrito actualmente en un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), una exención para discapacidades del desarrollo, un centro de atención intermedia ni cuenta con otro seguro médico que cubra tanto las estadías hospitalarias para pacientes internados como las consultas al médico.

Además, cuenta con la opción de no estar afiliado a un plan MyCare si es miembro de una tribu india reconocida a nivel federal, independientemente de su edad.

Si cree que cumple cualquiera de los criterios mencionados y no debería estar inscrito, comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener ayuda.

Información para nuevos afiliados

Este manual le informa acerca de su cobertura de conformidad con CareSource MyCare Ohio. Explica cómo obtener los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta y los servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS), también conocidos como servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS). Los servicios de LTSS le ayudan a permanecer en su hogar o en su comunidad, en lugar de concurrir a un hogar de ancianos u hospital. También incluye información como proveedores que puede usar, beneficios adicionales, sus derechos como afiliado y medidas que puede tomar si no está satisfecho o no está de acuerdo con algo.

Si bien CareSource MyCare Ohio puede proporcionar tanto servicios de Medicare como

de Medicaid, usted eligió, o se le asignó, recibir únicamente servicios de Medicaid de nuestro plan. Si desea recibir los servicios de Medicare y Medicaid a través de su plan MyCare, consulte la página 50 para obtener más información.

Proveedores de la red

Los afiliados deben recibir los servicios de Medicaid de centros y proveedores en la red de proveedores de CareSource MyCare Ohio. Una red de proveedores es un proveedor que trabaja con nuestro plan y, excepto por los copagos de farmacia, ha aceptado nuestro pago como forma de pago en su totalidad. Los proveedores de la red incluyen centros de enfermería, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos y otros proveedores. Usted puede recurrir a proveedores fuera de la red solo para servicios cubiertos por Medicare o para servicios cubiertos por Medicaid cuando CareSource MyCare Ohio lo haya aprobado.

Los planes MyCare proporcionan beneficios de transición de la atención para los servicios, incluidos los proveedores y las farmacias. Durante un período determinado después de su inscripción en el programa MyCare, puede recibir servicios de Medicaid de determinados proveedores fuera de la red y/o terminar de recibir los servicios que el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) ya aprobó. Esto se denomina período de transición de la atención. Los períodos de transición comienzan el primer día en que entra en vigencia su plan MyCare. Después del período de transición, deberá recurrir a los proveedores que forman parte de su plan. La Carta para el nuevo afiliado, que recibirá por separado después de la inscripción, contiene más información sobre los períodos de transición, los servicios y los proveedores. Si actualmente consulta a un proveedor que no está en nuestra red, o si ya tiene servicios aprobados o programados, llame a Servicios para Afiliados de inmediato para evitar el acceso o problemas de facturación.

Puede encontrar qué proveedores están en nuestra red llamando 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) o en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare-SNP**. También puede comunicarse con la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio (Ohio Medicaid Consumer Hotline) al 800-324-8680 o visitar www.Ohiomh.com. También puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores en cualquier momento si llama a Servicios para Afiliados. Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de los proveedores de nuestra red.

Puede solicitar un Directorio de proveedores impreso si llama al departamento de Servicios para Afiliados o si envía la tarjeta postal que recibió con su carta para el nuevo afiliado y su

tarjeta de identificación (ID) de afiliado. También puede consultar el directorio más actualizado en su cuenta de CareSource MyLife, en MyLife.CareSource.com, o mediante la herramienta en línea Encontrar un médico, en **FindADoctor.CareSource.com**. El Directorio de proveedores es un listado de todos nuestros proveedores de la red, así como de otros proveedores que no pertenecen a dicha red, que puede utilizar para recibir los servicios. También puede visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP** para ver información actualizada de los proveedores de la red o 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) para obtener ayuda.

Tarjeta de identificación

Una vez que se inscriba, debería recibir por correo postal una tarjeta de identificación (ID) de afiliado a MyCare. Todos los miembros de su familia que estén afiliados a CareSource MyCare Ohio recibirán su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta de Medicaid. Cada tarjeta tiene validez mientras la persona esté afiliada a CareSource MyCare Ohio. Esta tarjeta de identificación (ID) solo funcionará para servicios cubiertos por Medicaid. Cualquier servicio médico cubierto por Medicare o por un plan Medicare Advantage seleccionado requerirá una tarjeta de identificación diferente para acceder a esos beneficios. Si tiene un plan independiente de la Parte D de Medicare, proporcione su tarjeta de identificación (ID) de la Parte D en su farmacia para obtener los medicamentos con receta.



Lleve siempre su(s) tarjeta(s) de identificación (ID) con usted.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de afiliado a CareSource MyCare Ohio y sus tarjetas de identificación (ID) de Medicare cuando obtenga cualquier servicio médico o receta para los siguientes servicios:

- Consultar a su proveedor de atención primaria (PCP).
- Consulte a un especialista u otro proveedor.

Si tiene preguntas, 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). Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP** o **CareSource.MyLife.com**

- Concurrir a una sala de emergencias.
- Concurrir a un centro de atención de urgencia.
- Visitar un hospital por cualquier motivo.
- Concurrir a una farmacia.
- Visitar proveedores de análisis de laboratorio o imágenes.
- Concurrir a centros de enfermería.
- Recibir servicios de exención o comenzar con un nuevo proveedor de exención.
- Obtener suministros médicos.
- Obtener una receta.
- Hacerse exámenes médicos.
- Consultar a un proveedor odontológico.
- Obtener servicios oftalmológicos.

Llame a Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio lo antes posible al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), en las siguientes situaciones:

- Aún no ha recibido su tarjeta.
- Alguno de los datos de la tarjeta es incorrecto.
- Su tarjeta está dañada, se extravió o se la robaron.
- Tiene un bebé.

Proveedor de atención primaria

Puede seguir recibiendo los servicios de Medicare de sus proveedores de Medicare. Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un proveedor de la red que usted ha seleccionado como su médico personal. Su PCP trabaja junto a usted para coordinar su atención médica, lo que incluye controles médicos y vacunación, y tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP será el primer punto de contacto para todas sus necesidades de salud y trabajará con usted para administrar su atención médica. Su PCP trabajará con su equipo de atención médica para coordinar su atención médica y los servicios de atención a largo plazo. Si fuera necesario, su PCP puede enviarlo a un especialista o admitirlo en un hospital.

Comuníquese con su PCP antes de consultar a un especialista o después de una visita de atención de urgencia o a la sala de emergencias. Esto permite que su PCP administre su atención para obtener los mejores resultados.

Su PCP con frecuencia es la mejor opción para administrar sus necesidades de atención médica. Es quien conoce sus antecedentes médicos. Usted debe visitar a su PCP para todas sus consultas de rutina. Algunos ejemplos de las afecciones que su PCP puede tratar son:

Si tiene preguntas, 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). Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP** o **CareSource.MyLife.com**

- Mareos
- Presión arterial alta/baja
- Hinchazón de piernas y de pies
- Niveles altos/bajos de azúcar en la sangre
- Tos persistente
- Pérdida del apetito
- Dolor en articulaciones
- Resfrío/Gripe
- Dolor de cabeza
- Dolor de oídos
- Dolor de espalda
- Estreñimiento
- Urticaria
- Intranquilidad
- Dolor de garganta
- Remoción de puntos de sutura
- Secreción vaginal
- Pruebas de embarazo
- Manejo del dolor

Cuándo puede ver a un proveedor que no pertenece a la red

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su proveedor de salud personal. Por cualquier necesidad médica de rutina, primero comuníquese con su PCP. Los afiliados deben recibir servicios de Medicaid de centros y proveedores en la red de CareSource MyCare Ohio. Algunas excepciones incluyen cuando usted necesita servicios de emergencia y cuando viaja fuera de nuestra área de servicio.

Su PCP puede decidir que usted necesita atención médica que solo puede proporcionarle un médico u otro proveedor de atención médica que no participa de nuestra red. Si su PCP obtiene la aprobación previa de CareSource MyCare Ohio para dichos servicios, éstos contarán con cobertura. Para saber en qué otras ocasiones puede visitar a un proveedor fuera de la red, consulte la <página 5>.

Cómo cambiar de PCP

Puede usar CareSource MyLife para ver, seleccionar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP). También puede buscar un PCP de la red usando **FindADoctor.CareSource.com**. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados.

CareSource le enviará una nueva tarjeta de ID de afiliado, y así sabrá que ha cambiado de PCP. Si ya no visitará al PCP que figura en su tarjeta de ID, CareSource MyCare Ohio le enviará una nueva tarjeta de ID. Servicios para Afiliados también puede ayudarle a programar su primera cita, si fuera necesario.

Si su PCP nos informa que se muda, se jubila o abandona CareSource por cualquier motivo, le notificaremos por correo postal dentro de un plazo de 45 días. Le asignaremos un nuevo PCP o le ayudaremos a elegir un nuevo PCP de la red de CareSource. También le informaremos si alguno de nuestros hospitales de la red dentro de su región ya no está en la red y le informaremos los hospitales más cercanos que están en la red CareSource.

Citas

Programe citas con su médico con la mayor anticipación que pueda. Es importante que asista a sus citas médicas. Llame al consultorio del proveedor al menos 24 horas antes si necesita cambiar o cancelar una cita. Si no se presenta a las consultas en reiteradas ocasiones, es posible que le pidan que elija otro proveedor.

CareSource puede proporcionar transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor. Consulte la página 30 para obtener más información.

Servicios para Afiliados

Contáctenos:

Por teléfono: 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET)

Dirección postal: P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738

En línea: **CareSource.com/MyCare-SNP**

Servicios para Afiliados puede ayudarle a:

- Conocer qué servicios están cubiertos y cómo acceder a estos servicios.
- Comprender cualquier información contenida en este manual o en otros materiales para afiliados.
- Averiguar si un servicio necesita una autorización previa.
- Obtener más información sobre sus beneficios de Medicaid.
- Obtener más información sobre cómo recibir tanto los servicios cubiertos por Medicare como los cubiertos por Medicaid a través de CareSource MyCare Ohio.
- Encontrar un proveedor dentro de nuestra red de CareSource.
- Cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Obtener una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado.
- Presentar una queja acerca de CareSource o de un proveedor.
- Presentar una reclamación si considera que ha sido víctima de discriminación.
- Presentar una apelación, incluyendo apelaciones expeditas.
- Contratar un intérprete para hablar con nosotros o con sus proveedores si habla un idioma que no sea inglés.
- Obtener materiales en otros formatos, como letra grande, braille o audio.

Informe a Servicios para Afiliados si:

- ✓ Cambia su dirección, número de teléfono o correo electrónico. También debe cambiar esto a través de su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS).
- ✓ Cambia su parte responsable o cuidador designado

Si tiene preguntas, 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). Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP** o **CareSource.MyLife.com**

- ✓ Tiene una cobertura de seguro de salud distinta a Medicare.
- ✓ Si se le admite en un hogar de ancianos o un hospital.
- ✓ Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- ✓ Está embarazada.

Tenga su número de identificación de afiliado a CareSource disponible cuando nos llame. Esto nos ayudará a brindarle un servicio más rápido. Si llama fuera del horario de atención, el fin de semana o un día feriado, puede dejar un mensaje y le responderemos en el plazo de un día hábil. También puede comunicarse con nosotros en línea en cualquier momento usando su cuenta de CareSource MyLife en **MyLife.CareSource.com**. CareSource MyLife puede ayudarle con muchas de las mismas funciones que nuestro equipo de Servicios para Afiliados.

Puede usar CareSource MyLife para lo siguiente:

- Encontrar proveedores de la red.
- Ver todas las autorizaciones previas.
- Ver, seleccionar y cambiar de PCP.
- Ver y solicitar una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado.
- Presentar quejas y apelaciones.
- Actualizar la información de contacto y la información de la parte responsable/del cuidador designados.

También puede comunicarse con nosotros en línea a través de nuestro formulario de consulta. Visite **secureforms.CareSource.com/en/MemberInquiry/oh**

En 2027, cerramos* en estos días:

- 1 de enero
- 18 de enero
- 31 de mayo
- 4 de julio
- 6 de septiembre
- 25 de noviembre

** Nuestra Línea de asesoría en enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, llamando al 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).*

Coordinación de la atención

CareSource MyCare Ohio ofrece servicios de coordinación de la atención para todos los afiliados. Cuando usted se una por primera vez a su plan, se le realizará una evaluación de las necesidades de atención médica dentro de los primeros 15 a 75 días posteriores

Si tiene preguntas, 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). Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP** o **CareSource.MyLife.com**

al inicio de su inscripción, dependiendo de su estado de salud. Su coordinador de la atención, o un miembro del equipo de coordinación de la atención, se comunicará con usted para programar una fecha para llevar a cabo la primera evaluación. Su coordinador de la atención, o el delegado del coordinador de la atención, la completará junto con usted y otros apoyos que elija. Esto se puede hacer en su casa o en el lugar de su elección, incluso en el consultorio de su médico o en el hospital.

Nuestro equipo de coordinadores de la atención está compuesto por personal de enfermería diplomado, trabajadores sociales licenciados y trabajadores sociales licenciados independientes. Este equipo coordina todos los aspectos de su atención, que 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). CareSource delega la coordinación de la atención y la coordinación de los servicios de exención a las Agencias del Área para la Tercera Edad (Area Agencies on Aging) y trabajamos con ellas para asegurarnos de que se satisfagan sus necesidades.

Cómo trabajar con su coordinador de la atención y equipo de atención médica

Su coordinador de la atención es su principal punto de contacto. Llegará a conocerlos a usted, sus proveedores y proveedores especializados, y a otras personas que forman parte de su atención. Sus coordinadores de la atención pueden ayudarle con los siguientes temas:

- Obtener información sobre su salud y sus medicamentos.
- Manejo de afecciones especiales.
- Resolución de problemas con cuestiones de facturación.
- Transporte a sus consultas de salud.
- Conectarse con los recursos y servicios de la comunidad.
- Apoyo durante una transición, si realiza una visita a la sala de emergencias o una estadía en un hospital o centro.

Un equipo de atención médica puede ayudarle a cumplir sus metas de lograr un estilo de vida saludable al administrar sus afecciones de salud. El equipo de coordinación de la atención puede ayudarle a manejar enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, afecciones cardíacas y pulmonares, enfermedad renal y otras afecciones de salud o especiales. Este equipo lo incluye a usted, a su coordinador de la atención médica y a cualquier otra persona que elija incluir, como sus proveedores, familiares o cuidadores. Entre otros miembros que pueden constituir el equipo se incluyen:

- Tutores
- Representantes autorizados
- Personal de agencias comunitarias externas

Puede encontrar información sobre su equipo de atención médica en su cuenta de CareSource MyLife en **MyLife.CareSource.com**.

Todos los integrantes de su equipo de atención trabajan en conjunto para asegurarse de que reciba atención coordinada. Esto implica que se aseguran de que las pruebas y los análisis de laboratorio se hagan una sola vez y que se compartan los resultados con los proveedores adecuados. También significa que sus médicos deben conocer todos los medicamentos que usted toma para poder reducir cualquier efecto negativo. Su médico siempre obtendrá su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

Es probable que su equipo de atención le haga algunas preguntas para conocer más sobre su estado de salud. Nuestro equipo le brindará información para ayudarle a entender cómo debe cuidar de usted mismo y de qué modo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales.

Si desea cambiar de coordinador de la atención, usted, su familia, su cuidador, su tutor o representante autorizado pueden hacerlo durante las consultas en persona a su coordinador de la atención. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar el cambio.

El personal de CareSource MyCare Ohio, que incluye enfermeros, coordinadores de la atención y trabajadores comunitarios, se pondrán en contacto con usted como parte del proceso de coordinación de la atención para garantizar que se satisfagan sus necesidades.

Póngase en contacto con coordinación de la atención

Puede usar su cuenta de CareSource MyLife para consultar su plan de atención, las próximas actividades y citas, la información sobre autorizaciones previas y la información sobre sus medicamentos. Para hacerlo, ingrese a su cuenta en **MyLife.CareSource.com**.

También nos complacerá ayudarle si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con un representante del equipo de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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). Después del horario de atención, llame al 1-866-206-7861.

Nuestra Línea de asesoría en enfermería las 24 horas puede ayudarle si necesita ayuda para decidir dónde obtener atención. Llame al 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) para comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.

Servicios cubiertos por CareSource MyCare Ohio

Medicaid ayuda a pagar los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. El Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of

Medicaid, ODM) paga las primas de Medicare de ciertas personas y, además, puede pagar los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, salvo los medicamentos con receta. El ODM cubre los LTSS, como los servicios de exención de HCBS, los servicios de vida asistida y la atención a largo plazo en un hogar de ancianos. También cubre los servicios odontológicos y oftalmológicos.

Dado que usted eligió, o se le asignó, solo recibir los servicios de Medicaid de nuestro plan, Medicare será el responsable principal de los pagos para la mayoría de los servicios. Usted puede elegir recibir los beneficios de Medicare y de Medicaid a través de CareSource MyCare Ohio. Consulte la página 42 para obtener más información sobre cómo hacer la elección.

Como afiliado a CareSource MyCare Ohio, usted continuará recibiendo todos los servicios cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios, sin costo para usted. Médicamente necesario significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica.

Los servicios cubiertos por CareSource se incluyen en la Tabla de servicios cubiertos a continuación.

Autorización previa

Algunos servicios deben ser aprobados por nosotros antes de que usted pueda recibirlos. **La autorización previa** es la aprobación que puede ser necesaria antes de recibir un servicio. El servicio debe ser médicamente necesario para su atención. Su proveedor de la red obtendrá la autorización previa para la atención que usted necesite. Red o dentro de la red significa que estos proveedores atienden a los afiliados a CareSource. Los servicios que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de servicios cubiertos a continuación. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información. No necesita una autorización previa para la atención de emergencia.

Tabla de servicios cubiertos

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
Acupuntura	La acupuntura para el control de las migrañas y el dolor lumbar está cubierta.	No se necesita autorización previa.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
Transporte en ambulancias y camioneta con acceso para silla de ruedas	El transporte en ambulancia o en una camioneta con acceso para silla de ruedas está cubierto para emergencias.	Los servicios de ambulancia que no se consideran de emergencia necesitan autorización previa.
Servicio de salud conductual (incluyendo el tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	Los servicios de tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias están disponibles a través de su plan. Estos servicios incluyen: • Evaluación y valoración diagnóstica • Evaluación psicológica • Psicoterapia y asesoría • Intervención en crisis • Servicios de salud mental que incluyen servicios terapéuticos conductuales, rehabilitación psicosocial, tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario, tratamiento asertivo comunitario para adultos y tratamiento intensivo en el hogar para niños y adolescentes. • Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias que incluyen administración de casos, apoyo de pares para la recuperación, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial, tratamiento residencial y control de la abstinencia. • Tratamiento asistido por medicamentos para casos	Se necesita autorización previa para los siguientes servicios: • Todos los servicios para pacientes internados • Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) para adultos • Tratamiento intensivo basado en el hogar (Intensive Home-Based Treatment, IHBT) • Servicios del programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) • Atención residencial del trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD): se necesita autorización previa (Prior authorization, PA) después de 30 días para las primeras dos admisiones en un año calendario e inicialmente para una tercera admisión en un año calendario. • Estimulación magnética

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	de adicciones. • Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides. • Servicios médicos. • Servicios de enfermería de salud conductual. Si necesita servicios de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias o de salud mental, tiene otras opciones. Si necesita ayuda de inmediato, llame o envíe un mensaje de texto al 988. Usted puede autoderivarse a un centro de salud conductual comunitario o proveedor de salud conductual certificados por el Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, Ohio MHAS). Puede encontrar proveedores de la red en su directorio de proveedores o en FindADoctor.CareSource.com. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información. Si necesita ayuda para el tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias, llame a la Línea de ayuda para adicciones de CareSource al 1-833-674-6437 (TTY: 711).	transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	Medicare también cubre algunos de estos servicios. Es posible que su proveedor deba facturarle a Medicare o a su plan Medicare Advantage antes de facturarle a su plan MyCare.	
Servicios de personal de enfermería obstétrica certificado (CNM)	Enfermeros que la ayudan con el embarazo, el trabajo de parto y el parto. Encuentre personal de enfermería obstétrica certificado (Certified Nurse Midwife, CNM) de la red de CareSource en FindADoctor.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.	No se necesita autorización previa. No necesita derivación de un profesional para estos servicios.
Servicios de personal de enfermería con práctica médica certificado (CNP)	Enfermeros especializados en algún tipo de atención proporcionada por médicos. Encuentre personal de enfermería con práctica médica certificado (Certified Nurse Practitioner, CNP) en la red de CareSource en FindADoctor.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.	No se necesita autorización previa. No necesita derivación de un profesional para estos servicios.
Servicios quiroprácticos	Implica los ajustes de la columna vertebral u otras partes del cuerpo. Encuentre un quiropráctico en la red de CareSource en FindADoctor.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.	No se necesita autorización previa.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
Servicios odontológicos	Un examen odontológico y una limpieza por año. Sus beneficios odontológicos tienen cobertura a través de Delta Dental®. Encuentre un dentista en la red CareSource en FindADoctor.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.	Estos servicios necesitan autorización previa: • Algunas tomografías computarizadas • Procedimientos de coronas, postes y muñones • Dentaduras postizas completas/parciales • Procedimientos de cirugía oral • Servicios periodontales Consulte con su proveedor sobre lo que se necesita para los servicios odontológicos.
Servicios de diagnóstico	Análisis de laboratorio, radiografías o pruebas para obtener más información sobre una afección o enfermedad específica.	Estos servicios requieren autorización previa (incluyendo, entre otros): • Algunos análisis de sangre/pruebas de laboratorio • Exploraciones mediante imágenes (tomografía computarizada (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET))
Equipo médico permanente (DME) y suministros.	Equipo médico y suministros se pueden usar más de una vez para servicios médicos. Algunos ejemplos de equipo médico permanente (Durable Medical Equipment, EMD) son los accesorios de órtesis, los	Se necesita autorización previa para (incluidos, entre otros): • Sillas de ruedas y algunos accesorios • Todos los artículos de alquiler/arrendamiento,

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	dispositivos para caminar, las máquinas para la presión arterial y más. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información. Los dispositivos de órtesis se pueden reemplazar una vez por año cuando resulte médicamente necesario. Se pueden permitir más reemplazos en caso de daños que no puedan repararse. Esto excluye la reparación/el reemplazo por pérdida o robo, uso indebido, ruptura intencional o negligencia.	por ejemplo: CPAP/BiPAP, máquinas de NPPV, monitores de apnea, respiradores, camas de hospital, colchones de especialidad, osciladores de pared torácica de alta frecuencia, dispositivo de asistencia/estimulación para la tos, dispositivos de compresión neumática, dispositivos de generación del habla y accesorios y bombas de infusión • Implantes cocleares, incluida la mayoría de los reemplazos • Dispositivo de asistencia ventricular izquierda (Left Ventricular Assist Device, LVAD) • Bomba para cierre de heridas • Terapia de cierre asistido por vacío (Vacuum Assisted Closure, VAC) para heridas • Dispositivos de prótesis/órtesis* • Aparatos bucales para la apnea obstructiva del sueño • Sistemas de transferencia de

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
		pacientes/elevadores de Hoyer • Reparaciones de sillas de ruedas eléctricas • Estimuladores de la médula espinal • Terapia de campo para tratamiento de tumores
Servicios de emergencia	Los servicios de emergencia cuentan con la cobertura de Medicare. Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (emergency room, ER) más cercana o a otro centro de atención apropiado. Si no está seguro si necesita acudir a una sala de emergencias, llame a su PCP o a la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas al 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711). Su PCP o la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas pueden hablar con usted acerca de su problema médico y brindarle consejos sobre lo que debe hacer. Si necesita servicios de emergencia: • Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otro centro de atención apropiado. Asegúrese de mostrarles su tarjeta de identificación (ID) de afiliado a CareSource MyCare Ohio y su tarjeta de identificación de	Los servicios de emergencia no necesitan autorización previa. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	Medicare. • Si el proveedor que atiende su emergencia resuelve el problema inmediato, pero considera que necesita más atención, debe llamar a CareSource MyCare Ohio. • Debe consultar a su PCP o a su administrador de la atención. Pueden estar a cargo de cualquier tipo de atención de seguimiento que usted necesite. Para obtener más información sobre la atención de seguimiento, consulte la página 27. • Si lo admiten en el hospital, asegúrese de que se comuniquen con nuestro plan en un plazo de 24 horas.	
Servicios y suministros para la planificación familiar	Planificación familiar incluye cosas como anticonceptivos, exámenes de planificación familiar, servicios de enfermería obstétrica y consultas prenatales y posparto al médico y domiciliarias. Puede recibir servicios de su PCP o de un ginecólogo/obstetra o de un proveedor de planificación familiar calificado (QFPP) como Planificación familiar. No necesita derivación de un profesional para estos servicios.	Los servicios de diagnóstico de infertilidad necesitan autorización previa.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y Clínicas de salud rurales (RHC)	Los Centros de salud calificados a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) y las Clínicas de salud rurales (Rural Health Clinic, RHC) ayudan a las personas que viven en zonas rurales o urbanas a recibir atención. La atención cubierta incluye visitas al consultorio para obtener atención primaria y servicios de especialistas, fisioterapia, servicios de patología del habla y de audiolología, servicios odontológicos, servicios de podiatría, servicios oftalmológicos, servicios quiroprácticos y servicios de salud mental. Encuentre un FQHC o una RHC en la red de CareSource en FindADoctor.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.	No se necesita autorización previa.
Servicios de un centro de maternidad independiente	Los servicios de un centro de maternidad independiente están cubiertos. Llame a Servicios para Afiliados para obtener ayuda para encontrar un centro o ingrese a FindADoctor.CareSource.com.	No se necesita autorización previa.
Servicios ginecológicos (OB/GYN)	Atención ginecológica y de obstetricia para los órganos reproductivos femeninos. Puede obtener servicios de su PCP o de cualquier obstetra/ginecólogo o proveedor	No se necesita autorización previa para los servicios preventivos de obstetricia y ginecología de rutina.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	de planificación familiar. No necesita derivación de un profesional para estos servicios.	
Servicios de atención médica en el hogar	La atención médica domiciliaria abarca una amplia gama de servicios de atención médica que se puede administrar en su hogar para una enfermedad o lesión.	Se necesita autorización previa para: • Visitas del auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar • Enfermera privada (Private Duty Nursing, PDN) • Visitas de enfermería especializada • Visitas de trabajadores sociales • Terapia ocupacional • Terapia del habla • Fisioterapia
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Procedimientos o pruebas realizadas en un hospital o centro médico. Por lo general, necesitan una estadía de una noche.	Todos los servicios hospitalarios para pacientes internados necesitan autorización previa.
Atención para la maternidad	La atención prenatal y posparto, incluidos los servicios para embarazos de riesgo y la atención ginecológica tienen cobertura. Puede obtener servicios de su PCP o de cualquier obstetra/ginecólogo o proveedor de planificación familiar. No necesita derivación de un profesional para estos servicios.	Se necesita autorización previa si el parto y la estadía como paciente internada se programan antes de las 39 semanas. También es necesaria si la estadía es mayor a 48 horas para el parto vaginal o de 96 horas para el parto por cesárea.
Suministros de nutrición médica	La atención cubierta incluye suministros para la diabetes y suministros nutricionales. Los suministros para la diabetes	Se necesita autorización previa para: • Monitores de glucosa continuos

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	están limitados a los siguientes fabricantes: - Tiras reactivas preferidas: Abbott/Lifescan - Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, CGM) preferidos: Abbott Freestyle y Dexcom	• Leche de donantes • Dispositivo de infusión de insulina • Nutrición oral (con fines médicos) y terapia nutricional enteral
Centro de enfermería/Servicios y apoyos de atención a largo plazo	Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Afiliados para obtener información sobre los proveedores. La Oficina del Ómbudsman de Atención a Largo Estatal (Office of the State Long-Term Care Ombudsman) ayuda a las personas a obtener información sobre los servicios de atención a largo plazo en hogares de ancianos, a domicilio o en la comunidad. Pueden ayudar a resolver problemas entre los proveedores y los afiliados o sus familiares. También lo pueden ayudar a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. Para los afiliados a MyCare Ohio, la ayuda para las inquietudes relacionadas con la atención se encuentra disponible a través del ómbudsman de MyCare Ohio. Puede llamar al 800-282-1206, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede presentar una queja en línea en http://aging.Ohio.gov/contact/ o puede enviar una carta a:	Los servicios de un centro de enfermería necesitan autorización previa. Se requiere una determinación del nivel de atención para el cuidado tutelar o intermedio.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	Ohio Department of Aging: MyCare Ohio Ombudsman 30 E Broad St 21 st FL Columbus, Ohio 43215-3414	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	Procedimientos o pruebas que se pueden realizar en un centro médico sin estadía nocturna.	Las cirugías opcionales necesitan autorización previa.
Proveedores fuera de la red	Un médico, hospital, farmacia u otro proveedor con licencia que no ha firmado un contrato para prestar servicios a afiliados a CareSource. CareSource no pagará por servicios de estos proveedores a menos que se trate de una emergencia o que otorguemos una autorización previa. Encuentre proveedores en la red de CareSource en FindADoctor.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.	Se requiere autorización previa para proveedores o servicios fuera de la red.
Servicios de podología (para los pies)	Servicios para sus pies.	No se necesita autorización previa.
Medicamentos con receta – sin cobertura de la Parte D de Medicare	La mayoría de sus medicamentos con receta tienen cobertura de la Parte D de Medicare, pero CareSource MyCare Ohio cubre algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre. Puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid de nuestro plan en nuestro sitio web en CareSource.com/MyCare-SNP .	La autorización previa varía según el medicamento. Consulte la página 11 para obtener más información.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	No tiene que abonar copagos por los medicamentos cubiertos por nuestro plan. También puede ser que le solicitemos a su proveedor que nos informe (una solicitud de autorización previa) el motivo por el cual es necesario un medicamento específico o una determinada cantidad del mismo. Debemos autorizar esta solicitud antes de que usted reciba el medicamento. Los motivos por los cuales podemos requerir autorización previa de un medicamento incluyen: • Existe un medicamento genérico o alternativo de farmacia disponible. • Es posible que el medicamento se use de forma indebida o se abuse del medicamento. • Existen otros medicamentos que se deben probar primero. • Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad. Si CareSource MyCare Ohio no aprueba una solicitud de autorización previa para un medicamento, le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión y sobre su derecho a una audiencia estatal. Puede llamar a Servicios para Afiliados para preguntar qué medicamentos necesitan autorización previa.	

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	También puede visitar nuestro sitio web en CareSource.com/MyCare-SNP . Asegúrese de buscar solamente los medicamentos en la Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid para saber si necesitan una autorización previa. Nuestra lista de los medicamentos que necesitan autorización previa puede cambiar, por lo que usted y su proveedor deben consultar antes de surtir o resurtir un medicamento.	
Evaluaciones de detección preventivas de cáncer de seno y cervical	Las evaluaciones de detección de cáncer de seno (mamografías) y cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicolaou) están cubiertos.	No se necesita autorización previa.
Evaluaciones de detección preventivas de próstata	Las evaluaciones de detección de cáncer de próstata para hombres están cubiertas.	No se necesita autorización previa.
Servicios de un proveedor de atención primaria (PCP)	Obtendrá la mayor parte de su atención preventiva de su PCP. Le realizará exámenes de control, le colocará inyecciones y tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Si fuera necesario, su PCP lo derivará a especialistas o lo ingresará en el hospital.	No se necesita autorización previa.
Diálisis renal (enfermedad renal)	La diálisis es un procedimiento en el que se filtran toxinas y líquidos adicionales de la sangre. Es un servicio cubierto.	Se necesita autorización previa para diálisis.
Tratamiento residencial	Lugares donde recibe terapia para trastornos por consumo de sustancias, enfermedad mental u otros problemas conductuales.	Se requiere autorización previa para el tratamiento residencial.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
Servicios de relevo	Cuidado de personas mayores o con alguna discapacidad, para que sus cuidadores puedan tener tiempo libre.	Se requiere autorización previa para los servicios de relevo.
Servicios de especialistas	Una vacuna o inmunización ayuda a evitar que se enferme. Algunas vacunas lo protegen de las enfermedades durante años. Otras se necesitan todos los años, como la vacuna contra la gripe. Trabaje con su proveedor o farmacéutico para recibir sus vacunas en el momento adecuado.	Los especialistas o servicios fuera de la red de CareSource necesitan autorización previa.
Servicios del habla y para la audición, incluidos dispositivos auditivos	Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más detalles.	Algunos servicios necesitan una autorización previa (incluyendo, entre otros): • Terapia del habla • Audífonos
Telesalud	Telesalud significa recibir atención a través de dispositivos de audio o video. En lugar de concurrir al consultorio para su cita, usted puede quedarse en su casa y utilizar su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con su médico y proveedores de salud conductual. Los afiliados a Medicaid pueden usar el servicio de telesalud sin costo, lo que evita el estrés de coordinar el transporte. Los afiliados a Medicaid pueden usar los servicios de telesalud para ver a proveedores médicos y de salud conductual por diversas enfermedades y lesiones,	No se necesita autorización previa.

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
	afecciones de salud comunes, citas de seguimiento, exámenes de detección y obtener medicamentos con receta. Consulte primero su plan de Medicare para encontrar proveedores que ofrezcan servicios de telesalud.	
Servicios para dejar de fumar	Los servicios para dejar de fumar, incluyendo el asesoramiento para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para dejar de fumar, están cubiertos. Llame a la Línea para dejar de fumar de Ohio al teléfono 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días feriados. Hay intérpretes disponibles si no habla inglés.	No se necesita autorización previa.
Centros de atención de urgencia	Los centros de atención de urgencia son para situaciones que no son emergencias. Sirven para cuando no puede ver a su PCP de inmediato. Este tipo de atención ayuda a evitar que una lesión, enfermedad o problema de salud mental empeore.	No se requiere autorización previa.
Servicios oftalmológicos	Pagamos los siguientes servicios: ○ Un examen integral de los ojos, un marco completo y un	Los proveedores o servicios fuera de la red de

SERVICIO	MÁS INFORMACIÓN	REQUISITOS
(ópticos), incluidos los anteojos	par de lentes (lentes de contacto, si fuera médicamente necesario) • por un período de 12 meses para afiliados menores de 21 años y mayores de 59 años de edad; o • por un período de 24 meses para los afiliados de entre 21 y 59 años. Los armazones de lujo, las lentes de transición y progresivas no entran en la cobertura. Sus beneficios oftalmológicos tienen cobertura a través de EyeMed®. Encuentre atención oftalmológica en FindADoctor.CareSource.com o llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de que el proveedor sepa que tiene cobertura de EyeMed antes de la consulta.	CareSource requieren autorización previa.
Servicios de exención	La Exención de MyCare Ohio ayuda a los afiliados a recibir servicios en su hogar o en un entorno similar a un hogar. Si está inscrito en una exención, consulte el Manual de exención para obtener más información.	Todos los servicios de exención necesitan autorización previa. Usted debe estar inscrito en los servicios de administración de la atención.
Exámenes para adultos sanos	Un examen anual para adultos sanos es un control con un proveedor para revisar su historia clínica y controlar su salud y estado físico. Esto se cubre en una consulta al año.	No se necesita autorización previa.

Si debe viajar 30 millas, o más, desde su casa para recibir los servicios de atención médica cubiertos, CareSource MyCare Ohio le proporcionará el transporte. Puede llamar al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), 2 días antes de la fecha en que necesite transporte, para programar el traslado de ida y vuelta al consultorio de su proveedor.

Usted puede acceder a los servicios de transporte a través de CareSource MyCare Ohio como parte de su beneficio de salud si llama a Servicios para Afiliados.

Como usted es elegible para Medicaid, también puede obtener ayuda con los servicios de transporte médico que no se consideran de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) a través del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (CDJFS) de su localidad. Llame al CDJFS si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de NEMT.

Si usted está inscrito en un programa de exención de HCBS, es posible que tenga beneficios adicionales de transporte disponibles para satisfacer sus necesidades.

Servicios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio

CareSource MyCare Ohio no pagará los servicios no cubiertos por Medicaid. Esto incluye:

- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios.
- 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 un afiliado.

Si tiene alguna pregunta acerca de si un servicio tiene cobertura, 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).

Servicios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio, a menos que sean médicamente necesarios

CareSource MyCare Ohio revisará las normas aplicables del Código Administrativo de Ohio (Ohio Administrative Code, OAC) (p. ej., 5160-1-61) y realizará una revisión de la necesidad médica, si fuera necesario. Si tiene alguna pregunta acerca de si un servicio tiene cobertura, 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).

CareSource MyCare Ohio no pagará por los siguientes servicios que no tienen cobertura de Medicaid, a menos que sean médicamente necesarios:

- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o para salvar la vida de la madre.
- Servicios de bioautorregulación.
- Servicios y procedimientos experimentales, incluso medicamentos y equipamiento, que no estén cubiertos por Medicaid y que no estén en línea con las normas usuales de la práctica.
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias.
- 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).
- Cirugía plástica o cosmética.
- Servicios que Medicare o un tercero responsable del pago determinen.
- Orientación sexual o matrimonial.

Limitaciones de frecuencia

CareSource MyCare Ohio revisará todas las solicitudes de servicios de su proveedor. Si tiene una pregunta acerca de si un servicio tiene cobertura, 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).

Servicios y beneficios adicionales

CareSource MyCare Ohio también ofrece los siguientes servicios y/o beneficios adicionales para sus afiliados. Utilice su herramienta digital [CareSource MyLife](#) para acceder y administrar sus beneficios y servicios y así administrar su plan de salud sobre la marcha. Puede acceder a información y herramientas de CareSource MyLife relacionadas con los servicios odontológicos, de atención oftalmológica, de transporte, MyHealth y MyResources.

CareSource MyLife

[CareSource MyLife](#) le permite administrar su plan de salud sobre la marcha. Úsela para cambiar y encontrar un proveedor, acceder a su tarjeta de identificación (ID) de afiliado, ver reclamos y detalles del plan, y mucho más.

Copagos de \$0 para:

- ✓ Medicamentos cubiertos por Medicaid, que incluyen vitaminas y productos minerales recetados y de venta libre (over-the-counter, OTC): supresores de la

tos, vitaminas, antiácidos, antidiarreicos, ablandadores de heces, laxantes, protectores de heridas y lágrimas artificiales. Esto requiere una receta del proveedor de atención médica.

- ✓ Servicios odontológicos cubiertos por Medicaid.
- ✓ Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicaid.
- ✓ Servicios que no sean de emergencia recibidos en un hospital o departamento de emergencias.

MyResources

MyResources le ayuda a encontrar programas de bajo costo o gratuitos para obtener alimentos, refugio, educación, empleo, asistencia financiera ¡y mucho más! Ingrese a **CareSource.findhelp.com**. También puede llamar a Servicios para Afiliados para encontrar apoyo cerca de usted.

MyHealth

A través de MyHealth, usted tiene acceso a evaluaciones de salud interactivas, guías y videos breves de pasos y herramientas en línea para establecer y registrar objetivos de salud y bienestar. Para comenzar, inicie sesión en CareSource MyLife y haga clic en la pestaña *MyHealth*.

Programa CareSource Life Services®

Tener un buen empleo, apoyo comunitario y acceso a oportunidades educativas o de capacitación influye en su salud y bienestar general. Por eso, CareSource Life Services está a su disposición. Estos recursos se encuentran a su disposición:

- **CareSource CaregiverConnect** está diseñado específicamente para darle apoyo a los cuidadores que brindan asistencia a nuestros afiliados, mediante recursos educativos y apoyo social.
- **CareSource FoodConnect** le ayuda a acceder a comidas cultural y médicamente apropiadas de manera oportuna.
- **CareSource HousingConnect** lo conecta con apoyos relacionados con la vivienda, incluidos recursos para facilitar reparaciones destinadas a hacer que su vivienda actual sea segura.
- **CareSource PeerConnect** lo conecta con compañeros de apoyo certificados que tienen experiencias de vida similares y pueden brindarle apoyo emocional ante los desafíos de la vida.
- **CareSource JobConnect** lo apoya a usted y a sus principales aliados en el logro de sus metas educativas y en la búsqueda de empleo.

Silver&Fit®: membresía de gimnasio sin costo en centros participantes, 1 kit de acondicionamiento físico para el hogar por año, entrenamientos digitales y otros recursos personalizados.

Dónde obtener atención

Acceda a la atención del proveedor adecuado cuando la necesite.

 Primary Care Provider (PCP)	y obtener asesoramiento. Obtendrá la mayor parte de su atención preventiva de su PCP. Debe visitar a su PCP con frecuencia. Para obtener más información sobre cómo usar un PCP, consulte la página 7.
 Telehealth	el que se encuentre usando su teléfono o computadora. Pregúntele a su PCP si presta servicios a través de telesalud.
 Convenience Care Clinics	supermercados locales. Por ejemplo, puede ir a clínicas dentro de tiendas como CVS®, Kroger® y Walgreens® para recibir atención básica. Se usan para enfermedades comunes como tos, resfríos, dolor de garganta y para vacunarse. La mayoría de las clínicas están abiertas por la noche, los siete días de la semana. Con frecuencia, las consultas pueden programarse para el mismo día y se aceptan pacientes sin cita previa.

 Urgent Care	Se usa para tratar problemas de salud que no representan riesgo para la vida, como ciertas enfermedades o una herida profunda. Utilícelas cuando no puede consultar a su PCP y su problema de salud no puede esperar. Este tipo de atención ayuda a evitar que empeore una lesión, enfermedad o problema de salud mental. Siempre haga un seguimiento con su PCP después de su consulta.
 Hospital Emergency Room	Se usa para problemas que ponen en riesgo la vida o emergencias, como un dolor en el pecho y lesiones en la cabeza. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana. Obtenga más información sobre los servicios de emergencia en la <i>Tabla de servicios cubiertos</i> en la página 16.

Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.

¿No sabe a dónde ir para recibir atención? Llame a nuestra Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.

Teléfono: 1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año

La Línea de asesoría en enfermería las 24 horas puede ayudarle a:

- Informarse sobre un problema de salud.
- Decidir cuándo debe ir al médico, a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias.
- Obtener más información acerca de sus medicamentos.
- Informarse acerca de pruebas médicas o cirugías.
- Aprender sobre alimentación saludable.
- Si tiene una crisis de salud mental o conductual o necesita ayuda.

Atención de seguimiento

Tal vez necesite atención adicional después de la emergencia. Se llama atención de

seguimiento (también llamada atención posterior a la estabilización). Infórmele a su administrador de la atención que tuvo una emergencia. Le ayudará con cualquier tipo de atención de seguimiento que necesite.

Hablaremos con los proveedores que le brindan atención durante su emergencia. Deben informarnos si usted necesita atención adicional para tratar lo que haya causado la emergencia. Su proveedor pedirá nuestra aprobación. Queremos que usted mejore.

Si obtiene la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trabajaremos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención.

Cuando viaja fuera de nuestra área de servicio

En ocasiones, usted se puede enfermar o lastimar mientras está de viaje. A continuación le brindamos algunos consejos para saber qué hacer si esto sucede:

- **Si tiene una emergencia:** llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.
- **Si no es una emergencia:** llame a su PCP o a la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Ellos pueden ayudarle a decidir qué hacer.
- **Si no está seguro de si se trata de una emergencia:** llame a su PCP o a la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas al **1-866-206-7861 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Ellos pueden ayudarle a decidir qué hacer.

Salud mental

Su salud mental es una parte clave de su bienestar general, al igual que su salud física. Por ese motivo, ofrecemos servicios de salud mental y por consumo de sustancias como una parte fundamental de sus beneficios. Podemos ayudarle si tiene problemas de depresión, ansiedad, o adicción a las drogas o al alcohol. Llame a Servicios para Afiliados o visite **FindADoctor.CareSource.com** para encontrar proveedores. Consulte *la sección de servicios de salud conductual* en la Tabla de servicios cubiertos en las páginas 12 y 13 para obtener más información.

¿Necesita ayuda ahora?

Llame al 988 o envíe un mensaje de texto con la palabra HOME al 741741 para comunicarse con un consejero en caso de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea de salud conductual de CareSource

Hable con un profesional con licencia que tenga capacitación en salud conductual. Llame al **1-855-202-1087 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Estamos aquí las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea de apoyo para adicciones de CareSource

Si quiere hacer cambios en su estilo de vida como limitar el consumo de alcohol o dejar de consumir drogas, podemos ayudarle. Llame a la Línea de apoyo para adicciones de CareSource al **1-833-674-6437 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

Atención preventiva

La atención preventiva es clave para toda la familia. Visitar a su PCP en forma rutinaria, aun cuando está sano, ayuda a su PCP a detectar y tratar problemas antes de que empeoren. Consulte la tabla de atención preventiva recomendada según su edad. La tabla solo es una guía. Algunos de estos servicios pueden no estar cubiertos por su plan exclusivo de Medicaid. Trabaje junto con su proveedor para recibir su atención preventiva. Sabrá qué recomendaciones pueden ser adecuadas para usted según sus antecedentes médicos.

Atención preventiva recomendada	20 años	30 años	40 años	50 años	60 años o más
Exámenes anuales para adultos sanos	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer de seno (mamografía), para mujeres			✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou), para mujeres	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de detección de clamidia	✓				
Prueba de colesterol	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer colorrectal			✓	✓	✓
Examen odontológico	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de detección de la diabetes	✓	✓	✓	✓	✓

Vacuna contra la gripe	✓	✓	✓	✓	✓
Vacuna antineumocócica					✓
Evaluación de detección de cáncer de próstata, para hombres				✓	✓
Vacuna contra el herpes zóster				✓	✓
Vacuna contra el tétanos y la difteria (Td)	✓	✓	✓	✓	✓
Examen oftalmológico	✓	✓	✓	✓	✓

Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Servicios de farmacia

Pregúntele a su farmacéutico de CareSource

¿Tiene preguntas relacionadas con sus medicamentos? Hable con un farmacéutico de CareSource. El farmacéutico puede revisar los medicamentos con usted y responder sus preguntas. ¡No necesita cita previa! Llame al **1-833-230-2073 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** para hablar con un farmacéutico hoy. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Desecho de medicamentos

¿Tiene medicamentos vencidos que ya no utiliza? Estos medicamentos pueden ser un riesgo grave para la salud de niños pequeños, adolescentes o las mascotas de la familia si están a su alcance. También pueden usarse de forma incorrecta. La mayoría de las personas que usan medicamentos con receta de forma incorrecta los consiguen de amigos o familiares.

Los centros de devolución de medicamentos, como farmacias locales o estaciones de policía, pueden deshacerse de estos medicamentos. Para ver una lista de lugares cerca de usted, visite **dea.gov**.

CareSource ofrece paquetes gratuitos para ayudarle a desechar los medicamentos vencidos o que ya no usa. Estos paquetes son seguros, fáciles de usar y ayudarán a reducir el uso indebido de los medicamentos. Visite **secureforms.caresource.com/DisposeRx/** para obtener un paquete gratis hoy mismo.

Planificación anticipada de la atención

Obtenga recursos y asistencia para la planificación anticipada de la atención sin costo alguno para usted. La planificación anticipada de la atención es el proceso de prepararse para tomar decisiones sobre eventos de atención médica futuros. Esto incluye la atención de salud mental. Ayuda a su familia y a sus proveedores a conocer sus deseos sobre su atención médica. Algunos preferirían no pasar meses ni años conectados a equipos de soporte vital. Otros quisieran hacer todo lo posible por alargar su tiempo de vida.

Cuando elabore una directiva anticipada, deberá responder ciertas preguntas difíciles. Piense en estas cosas cuando haga las suyas:

- Redactarla es una elección.
- La ley establece que usted puede tomar decisiones acerca de la atención médica, como aceptar o rechazar el tratamiento.
- Tener una directiva anticipada no significa que usted quiera que su vida termine.
- Usted puede elegir una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, en caso de que no pueda tomarlas por su propia cuenta. También puede usar la directiva anticipada para evitar que ciertas personas tomen decisiones por usted.
- Debe estar en su sano juicio para elaborarla.
- Debe tener al menos 18 años o ser un menor emancipado para tener una.
- Tener una no cambiará el resto del seguro.
- Se puede cambiar o finalizar en cualquier momento.

Debe guardar la directiva anticipada en un lugar seguro. Las copias deben entregarse a su familia, agente de atención médica y proveedores.

Hablar sobre planificación anticipada de la atención es su decisión. Para obtener estos servicios, llame al **1-855-475-3163** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**).

Obtenga más información en **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Derechos del afiliado

Como afiliado a nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir todos los servicios que nuestro plan debe proporcionar.
- Recibir un trato respetuoso, digno y confidencial.
- Mantener sus expedientes médicos confidenciales.
- Participar en las decisiones sobre su atención médica con sus proveedores.
- Recibir información acerca de su salud. Esta información también puede compartirse con alguien que usted haya designado legalmente o su contacto de emergencia cuando no sea lo mejor para usted recibir la información de forma directa.

- Obtener información sobre su atención médica en una forma que usted pueda comprender.
- Tener privacidad durante la atención médica para que otras personas no puedan escucharlo ni verlo.
- No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida de fuerza, disciplina o represalia, según lo establecen las normas federales.
- Solicitar y obtener una copia gratuita de su expediente médico y poder solicitar modificaciones o correcciones, si fuera necesario.
- Aceptar o rechazar el intercambio de información sobre usted, a menos que lo exija la ley.
- Rechazar un tratamiento o terapia. Si usted se niega, el proveedor o nuestro plan, deberá hablar con usted acerca de lo que pueda pasar y deben anotarlo en su expediente médico.
- Poder presentar una apelación, una queja o solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 37 de este manual para obtener más información.
- Recibir información por escrito de nuestro plan:
 - Sin costo para usted.
 - En los idiomas distintos del inglés que hablan con mayor frecuencia los afiliados.
 - En otros formatos para los afiliados que necesiten ayuda adicional para comprenderla.
- Recibir ayuda gratuita de parte de nuestro plan si usted no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Recibir ayuda gratuita a través de lenguaje de señas si tiene deficiencias auditivas.
- Ser informado si el proveedor de servicios médicos es un estudiante y negarse a recibir atención de parte de esa persona.
- Ser informado de cualquier investigación experimental y negarse a participar.
- Formular directivas anticipadas, también llamadas testamentos vitales. Consulte la página 29 para obtener más información.
- Presentar una queja ante el ODM si no se respeta su directiva anticipada.
- Ejercer libremente sus derechos, con la certeza de que su plan, sus proveedores o el ODM no lo tratarán de manera diferente por hacerlo.
- 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.
- Cambiar de PCP no más de una vez al mes.
- Si es mujer, consultar a un proveedor de atención médica para mujeres de nuestra red para recibir servicios de salud femenina cubiertos por Medicaid.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado por servicios cubiertos por Medicaid de nuestra red. Si no hubiera un proveedor calificado disponible, debemos programar una consulta con un proveedor que no forme parte de nuestra red sin costo para usted.

- Obtener información acerca de CareSource MyCare Ohio de nuestra parte.
- Comunicarse con el ODM y/o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) a las direcciones que figuran a continuación por cualquier reclamación de discriminación por motivos de raza, color de piel, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de veterano, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Ohio Department of Medicaid
Office of Human Resources, Employee Relations
 P.O. Box 182709
 Columbus, Ohio 43218-2709

Correo electrónico: ODM_EEO_employeerelations@Medicaid.Ohio.gov
 Fax: (614) 644-1434

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
 233 N. Michigan Ave. – Suite 240
 Chicago, Illinois 60601
 (312) 886-2359 (312) 353-5693 TTY

Consulte la [norma 5160-26-08.3 del Código Administrativo de Ohio](#) para obtener más información sobre los derechos de los afiliados.

La ley exige que mantengamos su expediente médico e información médica personal en forma confidencial. Nos aseguramos de que su información médica esté protegida. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información médica personal, consulte nuestras Prácticas de privacidad en la <página 33.>

Prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO USAMOS Y COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA. TAMBIÉN LE INDICA CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE. EN ESTE AVISO, USAMOS “CARESOURCE” PARA REFERIRNOS A NOSOTROS.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos:
Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos.

Si tiene preguntas, 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). Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP** o **CareSource.MyLife.com**

Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos. También puede obtener otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de sus 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 registros médicos y de reclamos.

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

Solicitar nos comunicaciones privadas.

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica; por ejemplo, a través del teléfono particular o de la oficina. Puede pedirnos que enviemos el correo postal 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.

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

- la atención,
- pago(s),
- 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. Puede enviar una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775, o visitar 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:

- la atención,
- pagos,
- la inscripción en un plan de salud o
- la elegibilidad para los 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 la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de ayuda humanitaria.

Si 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 minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

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

- Fines de comercialización

- Venta de su información
- Divulgación de notas de psicoterapia

Consentimiento para compartir la información médica

CareSource comparte su información médica, lo cual incluye información médica sensible (Sensitive Health Information, SHI). La SHI puede incluir información relacionada con tratamientos contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), o las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para su salud. Esta información se comparte para manejar su atención y tratamiento o para ayudarle con los beneficios. Esta información se comparte con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. También se comparte con los Intercambios de Información 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.

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica?

Generalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarle a recibir tratamiento médico. Podemos usar su información médica y compartirla con los especialistas que lo están tratando.

Ejemplo: podemos coordinar atención adicional para usted según la información que nos envíe su médico.

Para administrar nuestra organización. Podemos usar y compartir su información para manejar nuestra compañía. La usamos para comunicarnos con usted cuando sea necesario. No podemos usar información genética para decidir si le daremos cobertura. No podemos usarla para decidir el precio de 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. Entre estos grupos externos se incluyen abogados, contadores, consultores y otros. Nosotros también les exigimos que mantengan la confidencialidad de su información médica.

Para pagar por su atención médica. Usaremos y divulgaremos su información médica al pagar por su atención médica.

Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de sus trabajos dentales.

¿De qué otra manera 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 ofrecer ayuda 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 cumplir con 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 corroborar que estamos obedeciendo las leyes federales de privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.

Para trabajar con un médico forense o director de servicios funerarios. Podemos compartir su información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallezca.

Para cumplir con la indemnización de los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales. Podemos usar o compartir su información médica:

- Para 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 de la salud para actividades permitidas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y 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 de un tribunal.

También podemos realizar una recopilación de información “desidentificada” que no puede rastrearse hasta usted.

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.
 - Se proporciona información al afiliado de forma tal que no se pueda escuchar de manera inapropiada.
 - CareSource se asegura de que las computadoras usadas por los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.
 - CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguramos de que 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 proporcionarle 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 esta versión entró en vigor el 18 de junio de 2018. 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 postal 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: HIPAAPrivacyTeam@caresource.com

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

Apelaciones y quejas

Las apelaciones y las quejas permiten informarle a CareSource MyCare Ohio si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos.

Si no está satisfecho en absoluto con nuestro plan o sus proveedores, debe ponerse en contacto con nosotros lo antes posible. Esto incluye si usted no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado. Usted, o alguien que usted autorice para hablar en su nombre, puede ponerse en contacto con nosotros. Si desea que alguien hable en su lugar, debe hacérselo saber. CareSource MyCare Ohio quiere que usted se comunique con nosotros para que podamos ayudarle.

Para comunicarse con nosotros, puede:

- Llamar al departamento de Servicios para Afiliados 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).
- Completar el formulario de la página 48 de su Manual del Afiliado.
- Llamar al departamento de Servicios para Afiliados y solicitar que le envíen un formulario por correo postal.
- Visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP o MyLife.CareSource.com**.
- Escribir una carta en la que nos informe qué no le satisface. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que aparece en la parte del frente de su tarjeta de ID de CareSource MyCare Ohio exclusivo de Medicaid y su dirección y número telefónico, de modo que podamos contactarle, si fuese necesario. También debe enviar cualquier información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

CareSource

Attn: Member Grievances & Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-1947

CareSource MyCare Ohio le enviará un documento por escrito si decide:

- Rechazar una solicitud de cobertura de un servicio a su favor.
- Reducir, suspender o cesar servicios antes de que usted reciba todos los servicios que se aprobaron.
- Rechazar el pago por un servicio que usted recibió que no está cubierto por CareSource MyCare Ohio.

También le enviaremos un documento por escrito si, en la fecha que deberíamos:

- No se tomó una decisión acerca de cubrir, o no, un servicio solicitado.
- No le dimos una respuesta a algo que nos informó que no le satisfacía.

Si no está de acuerdo con la decisión o acción que se menciona en la carta, puede comunicarse con nosotros dentro de los 60 días calendario para solicitar que cambiemos nuestra decisión. **Esto se denomina apelación.** El período de 60 días calendario comienza el día posterior a la fecha en que se envía la carta por correo postal. Si hemos tomado la decisión de reducir, suspender o cesar los servicios antes de recibir todos los servicios que fueron aprobados, su carta le indicará cómo puede seguir recibiendo los servicios en caso de elegirlo y cuándo es posible que deba pagar por dichos servicios.

Salvo que le informemos una fecha diferente, debemos darle una respuesta por escrito a su apelación dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se comunica con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión, le informaremos cómo solicitar una audiencia estatal. Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelaciones de CareSource MyCare Ohio.

Si se comunica con nosotros porque no está conforme con CareSource MyCare Ohio o con alguno de nuestros proveedores, **esto se denomina queja.** CareSource MyCare Ohio le dará una respuesta a su queja por teléfono, o por correo postal, si no podemos contactarlo por teléfono, dentro de los siguientes plazos:

- Dos días hábiles para las reclamaciones acerca de no poder obtener atención médica.
- 30 días calendario para todas las demás quejas.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja, le enviaremos una carta en la que le diremos que necesitamos tomar hasta 14 días calendario más. La carta también explicará por qué necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja, también puede pedirnos que tomemos hasta 14 días calendario.

También tiene derecho a presentar un reclamo en cualquier momento comunicándose a:

**Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care
Compliance and Oversight**
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
800-605-3040 o 800-324-8680
TTY: 800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215
800-686-1526

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión entre usted o su representante autorizado, alguien del CDJFS, alguien de CareSource MyCare Ohio y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias estatales del Departamento de Trabajo y Servicios Sociales de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué cree que CareSource MyCare Ohio no tomó la decisión correcta y CareSource MyCare Ohio le explicará los motivos de nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego tomará una decisión basada en las reglas y la información proporcionada por usted y CareSource MyCare Ohio.

CareSource MyCare Ohio le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal si no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de su apelación.

Si desea solicitar una audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben solicitar una dentro de 90 días calendario. El período de 90 días calendario comienza el día después de que se envíe la carta por correo postal. Si hemos tomado la decisión de reducir, suspender o cesar los servicios antes de recibir todos los servicios que fueron aprobados, su carta le indicará cómo puede seguir recibiendo los servicios en caso de elegirlo y cuándo es posible que deba pagar por dichos servicios.

Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelaciones de CareSource MyCare Ohio.

Para solicitar una audiencia, usted puede:

- Firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o el número de fax que figura en el formulario.
- Llamar a la Oficina de Audiencias estatales al 866-635-3748.
- Presentar su solicitud en línea en https://hearings.jfs.Ohio.gov/apps/share/#_frmlogin.
- Enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.Ohio.gov.

Si desea obtener información acerca de servicios legales sin cargo, pero no sabe el número de la oficina de ayuda legal de su zona, llame a la Asociación de Asistencia Legal del Estado de Ohio (Ohio State Legal Services Association) al 800-589-8889.

Las decisiones de las audiencias estatales suelen tomarse dentro de un plazo de 70 días calendario luego de recibida la solicitud. Sin embargo, si CareSource MyCare Ohio o la Oficina de Audiencias estatales decide que el estado de salud cumple con los criterios para una decisión expedita, se tomará la decisión lo más rápido posible, pero no más tarde que tres días hábiles después de recibida la solicitud. Las decisiones expeditas se usan en casos en los que la toma de decisiones dentro de los plazos estándar podría ser muy dañino para su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar las funciones óptimas.

Lesión o enfermedad accidental (subrogación)

Si necesita atención para una lesión o enfermedad provocada por otra persona o actividad, debe llamar a Servicios para Afiliados e informarnoslo. Por ejemplo, esto podría incluir un accidente automovilístico, una mordedura de perro o una caída en una tienda. Es posible que otra compañía de seguros tenga que pagar la factura del médico o del hospital. Cuando llame, esté preparado para proporcionar el nombre de la persona responsable, su compañía de seguros, y los nombres de los abogados involucrados.

Otros seguros médicos (Coordinación de beneficios)

Sabemos que también puede tener cobertura a través de Medicare. Si tiene algún otro seguro médico o perdió el seguro de salud que había informado con anterioridad, llame a Servicios para Afiliados y al asistente social de su condado de inmediato. Si no comparte esta información, esto puede ocasionar problemas para obtener la atención médica o para pagar las facturas médicas.

Aviso de pérdida del seguro (Certificado de cobertura válida)

Cada vez que pierde el seguro de salud, debe recibir un aviso, denominado certificado de cobertura válida, de la compañía de seguros que le informa que ya no cuenta con un seguro. Guarde una copia de este aviso para sus registros en caso de que se le pida que lo muestre.

Pérdida de la elegibilidad para Medicaid

Es importante que acuda a sus citas con el CDJFS. Si falta a una o no les proporciona la información que solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto llegara a suceder, se le informará a nuestro plan que suspenda su inscripción como afiliado a Medicaid y usted ya no tendrá cobertura.

Renovación automática de la afiliación a MyCare Ohio

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta comienza de nuevo al cabo de los 90 días, se lo volverá a inscribir de manera automática en CareSource MyCare Ohio.

Finalización de su afiliación a MyCare Ohio

Como usted es elegible para el programa MyCare Ohio, debe seleccionar un plan MyCare Ohio, a menos que cumpla con una de las excepciones que se mencionan en la página 39.

Si solo recibe sus beneficios de Medicaid a través de su plan MyCare y desea elegir un plan diferente para sus beneficios de Medicaid, puede hacerlo durante un plazo de hasta 90 días a partir de su afiliación al programa. También puede cambiar de plan durante el período anual de inscripción abierta.

La mayoría de las veces, si usted llama antes de los últimos 10 días del mes, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este plazo, su afiliación no terminará hasta el primer día del mes siguiente. Si elige otro plan MyCare, su nuevo plan le enviará información por correo postal antes de la fecha de inicio de la afiliación.

Comuníquese con la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 800-324-8680 para analizar sus opciones a la hora de elegir un nuevo plan.

Cómo elegir un nuevo plan MyCare Ohio

Si está pensando en cambiar de plan MyCare y desea continuar viendo a sus proveedores actuales de Medicaid, primero debe conocer sus opciones. Cada plan tiene su propia red de proveedores y tiene información escrita acerca de los beneficios y las reglas que debe seguir. Si desea información por escrito sobre un plan o si tiene preguntas, puede llamar al plan o a la Línea directa para consumidores de Medicaid de

Ohio al 800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1. También puede encontrar información sobre los planes en www.ohiomh.com haciendo clic en el botón “Compare Next Generation MyCare Plans” (Comparar planes de Next Generation MyCare) debajo de la sección “Compare Plans and Find a Provider” (Comparar planes y encontrar un proveedor).

Cómo elegir recibir tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid de un plan MyCare Ohio

Si desea coordinar sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de un plan MyCare, puede inscribirse en cualquier momento a través de Medicare. Su nuevo plan y sus beneficios comenzarán el primer día del mes siguiente. Comuníquese con Medicare al 800-633-4227 o la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 800-324-8680 para analizar sus opciones a la hora de recibir sus beneficios a través de un solo plan. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.

Actualmente, solo sus servicios médicamente necesarios y cubiertos por Medicaid están disponibles a través de CareSource MyCare Ohio. Puede elegir CareSource para sus beneficios de Medicare. Si elige CareSource MyCare Ohio (HMO D-SNP) para recibir tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid, también obtendrá estos beneficios adicionales:

- La tarjeta de débito Healthy Benefits+, que proporciona a los afiliados \$300 por mes para comprar artículos de venta libre (OTC), además de servicios y accesorios odontológicos, oftalmológicos y para la audición, con proveedores elegibles que acepten la tarjeta. Para los afiliados aprobados para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), la tarjeta Healthy Benefits+ se puede utilizar para artículos y servicios que reúnen los requisitos, como: alimentos saludables*, servicios públicos*, asistencia para alquiler/hipoteca* ¡y más*!
- \$595 cada año con el programa My CareSource Rewards®, que ofrece incentivos a los afiliados por completar actividades de bienestar.**
- \$0 en medicamentos cubiertos por Medicare y Medicaid.
- Beneficios odontológicos, oftalmológicos y de la audición mejorados.
- Transporte ilimitado a lugares relacionados con la salud, incluidas las citas con su proveedor de atención primaria (PCP), farmacias, gimnasios, tiendas de comestibles y servicios comunitarios y de bienestar. Para obtener la lista completa de beneficios sin costo (\$0) de CareSource MyCare Ohio, llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) o visite nuestro sitio web en CareSource.com/MyCare-SNP.

- Silver&Fit®: membresía de gimnasio sin costo en centros participantes, 1 kit de acondicionamiento físico para el hogar por año, entrenamientos digitales y otros recursos personalizados.

Finalizaciones de la afiliación por Causa justa

También puede cambiar de plan durante el año por causa justa. Una causa justa es cuando le preocupa o tiene problemas para recibir atención debido al plan en el que está inscrito. Antes de pedir una causa justa, debe llamar primero a su plan MyCare Ohio y darle la oportunidad de resolver el problema. Solicitar una causa justa no lo devolverá al programa de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medicaid, pero puede permitirle elegir un plan de salud fuera del período de inscripción abierta. Si su plan no puede resolver el problema, puede solicitar en cualquier momento una causa justa, si tiene alguno de los siguientes motivos:

1. Su plan no cubre un servicio médico que usted necesita por objeciones morales o religiosas.
2. Su médico ha indicado que algunos de los servicios médicos que necesita deben brindarse al mismo tiempo y que no todos están disponibles a través de los proveedores de la red de su plan.
3. Su inquietud tiene que ver con que no está recibiendo una atención de calidad y los servicios que usted necesita no los brinda otro proveedor de la red de su plan.
4. No puede obtener servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid o no puede encontrar proveedores que sepan cómo satisfacer sus necesidades de atención médica especiales.
5. El PCP que eligió ya no es proveedor de la red de su plan; era el único PCP de la red que hablaba su idioma y se encontraba a una distancia razonable de usted y otro plan tiene en su red un PCP que habla su idioma, se encuentra a una distancia razonable de usted y lo aceptará como paciente.
6. Otras razones: si considera que seguir afiliado al plan de salud actual lo perjudica y no es lo más conveniente para usted.

Puede pedir el cambio de su afiliación por causa justa llamando a la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1. El ODM revisará su solicitud de cambiar su afiliación por causa justa y decidirá si cumple con los requisitos para esta. Recibirá una carta por correo postal para avisarle si el ODM cambiará su afiliación y la fecha en que esta cambia. Si su solicitud de causa justa es denegada, el ODM le enviará información que explicará su derecho a una audiencia ante el estado para apelar la decisión.

Cuestiones a considerar al finalizar su afiliación:

- Si ya tomó medidas para finalizar su afiliación, siga usando los proveedores de CareSource MyCare Ohio hasta el día en que comience su nuevo plan MyCare, a menos que aún esté en un período de transición. Si eligió un nuevo plan y no ha recibido una tarjeta de identificación (ID) de afiliado nueva antes del primer día del mes en que comienza la cobertura, llame al departamento de Servicios para Afiliados del plan. Si no pueden ayudarle, llame a la Línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al 800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.
- Si ha elegido un nuevo plan MyCare y tiene servicios de Medicaid programados, llame a su nuevo plan para asegurarse de que sus proveedores están en la red y que toda la documentación que se requiera esté completa. Por ejemplo, debe llamar a su nuevo plan para servicios atención médica en el hogar, de enfermera privada, de salud mental, por consumo de sustancias, odontológicos, oftalmológicos y de exención.

¿Puede CareSource MyCare Ohio dar de baja mi afiliación?

CareSource MyCare Ohio podrá solicitar al ODM que dé de baja su afiliación por determinadas razones. El ODM debe aprobar la solicitud antes de que su afiliación finalice. Podemos solicitar que se dé de baja su afiliación si:

- Comete fraude o hace uso indebido de su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.
- Su comportamiento es disruptivo o no coopera, y esto afecta nuestra capacidad de brindarle servicios a usted o a otros afiliados.

CareSource MyCare Ohio proporciona servicios a nuestros afiliados debido a que tenemos un contrato con el ODM. Si desea comunicarse con el ODM, llame o escriba a:

Ohio Department of Medicaid

Bureau of Managed Care

P.O. Box 182709

Columbus, Ohio 43218-2709

800-324-8680 (de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m.; sábados de 8 a. m. a 5 p. m.)

Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio al 7-1-1.

También puede visitar el sitio web del ODM en <https://medicaid.ohio.gov/home>.

También puede comunicarse con el CDJFS de su localidad si tiene preguntas o necesita cambiar su dirección, ingresos u otro seguro.

Puede comunicarse con CareSource MyCare Ohio si desea obtener más información sobre nuestro plan, cómo está organizado o cómo les pagamos a nuestros proveedores. También puede llamar si tiene sugerencias sobre mejoras. Llame al departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

TERMINOLOGÍA DE LA ATENCIÓN ADMINISTRADA

Apelación: una solicitud de un afiliado para que CareSource MyCare Ohio revise una determinación adversa de beneficios.

Copago: un monto fijo que un afiliado paga por un servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico permanente: el equipo que puede soportar el uso reiterado, se utiliza principal y habitualmente para cumplir un propósito médico, por lo general no es útil para una persona cuando no tiene una enfermedad o lesión y es apropiado para su uso en el hogar.

Afección médica de emergencia: afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de una gravedad suficiente, lo que incluye dolor intenso, de modo que una persona prudente promedio, con conocimientos promedio de salud y medicina, puede esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata provoque cualquiera de las siguientes consecuencias: poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer); deterioro grave de las funciones corporales; o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: transporte, en ambulancia, de personas enfermas, lesionadas o incapacitadas que requieran atención médica de emergencia.

Atención en una sala de emergencias: pruebas de detección, exámenes y evaluación por parte de un médico o, en la medida que lo permita la ley aplicable, por otro personal apropiado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia y, si existiera, llevar a cabo el tratamiento de la atención o una cirugía para un servicio cubierto, proporcionado por un médico, que sea necesario para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de la capacidad de servicio de un hospital.

Servicios de emergencia: servicios cubiertos para pacientes internados, servicios ambulatorios o servicios de transporte médico proporcionados por un proveedor calificado y que sean necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia también incluyen a los

médicos u otros profesionales de atención médica o centros de atención médica que no sean empleados del [MCOP] ni tengan un acuerdo contractual con este.

Servicios excluidos: servicios de salud que no paga ni cubre CareSource MyCare Ohio.

Queja: la expresión de insatisfacción de un afiliado sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Las quejas pueden incluir, entre otras, la calidad de la atención o los servicios prestados, aspectos de relaciones interpersonales como la descortesía de un proveedor o empleado o incumplimiento de los derechos del afiliado, sin tomar en cuenta si se solicita una medida correctiva. Las quejas también incluyen el derecho del afiliado a impugnar una prórroga propuesta por una entidad de atención administrada (Managed Care Entity, MCE) para tomar una decisión de autorización.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios diseñados para ayudar a las personas a adquirir, retener y mejorar la autoayuda, la socialización y las habilidades de adaptación necesarias para residir con éxito en el hogar y en entornos basados en la comunidad.

Seguro médico: un contrato que requiere que CareSource MyCare Ohio pague una parte o la totalidad de sus costos de atención médica a cambio de una prima.

Servicios de atención médica en el hogar: servicios que incluyen enfermería médica en el hogar, servicios de auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar y terapias especializadas.

Servicios de hospicio: una agencia pública, una organización privada o una subdivisión de cualquiera de las dos, sujeta a las condiciones de participación de conformidad con el título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), Parte 418 (1 de octubre de 2017), que cuenta con licencia en el estado de Ohio y cuenta con la aprobación del ODM para participar en la prestación de atención a personas con enfermedades terminales. (norma 5160-56-01(V) del OAC)).

Hospitalización: atención hospitalaria que requiere la admisión del paciente.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: tratamientos o servicios de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos prestados por o bajo la dirección de un profesional de servicios médicos que un hospital brinda a un paciente.

Medicamento necesario: criterios de cobertura para procedimientos, equipos o servicios que prevengan, diagnostiquen, evalúen o traten una situación de salud adversa como una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas, disfunción

emocional o conductual, deficiencia intelectual, deterioro cognitivo o discapacidad del desarrollo y sin el cual puede esperarse que la persona sufra una morbilidad prolongada, un aumento o una nueva morbilidad; el deterioro de la función; la disfunción de un órgano o parte del cuerpo; o dolor o molestias importantes.

Red: los proveedores con contrato de CareSource MyCare Ohio que están disponibles para los afiliados a CareSource MyCare Ohio.

Proveedor no participante: todo proveedor que tenga un contrato de proveedor con el ODM, que no tenga contrato con el [MCOP], pero que brinde servicios de atención de salud a los afiliados a CareSource MyCare Ohio.

Proveedor participante: todo proveedor, grupo de proveedores o entidad que tenga un contrato como proveedor de la red con CareSource MyCare Ohio, conforme a la norma 5160-26-05 del Código Administrativo (Administrative Code) y reciba fondos de Medicaid, directa o indirectamente, para solicitar, derivar a o proporcionar servicios cubiertos en virtud del acuerdo del proveedor o contrato de CareSource MyCare Ohio con el ODM.

Servicios médicos ("Profesional de servicios médicos"): son médicos, podiatras, dentistas, especialistas en enfermería clínica, personal de enfermería obstétrica certificado, personal de enfermería con práctica médica certificado o asistentes médicos. (Norma 5160-2-02(L) del OAC).

Plan: "Organización de atención administrada (MCO)" se refiere a una corporación de seguros de salud (health insuring corporation, HIC) con licencia en el estado de Ohio que firma un contrato de proveedor de atención administrada con el ODM. (Norma 5160-26-01(X) del OAC).

Servicios de atención posterior a la estabilización: servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que el proveedor tratante considere médicamente necesaria después de que una afección médica de emergencia se haya estabilizado para mantener la condición estabilizada, o bajo las circunstancias descritas en el título 42 del C.F.R., 422.113, para mejorar o resolver la afección del afiliado.

Preautorización: una decisión de CareSource MyCare Ohio de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento o un equipo médico permanente es médicamente necesario. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro de salud o plan pueden requerir una autorización previa para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en casos de emergencia.

Prima: el término "prima" se refiere al monto del pago mensual por afiliado al que

CareSource MyCare Ohio tiene derecho como compensación por cumplir con sus obligaciones de conformidad con el capítulo 5160-26 del Código Administrativo y/o el contrato del proveedor con el ODM. (Norma 5160-26-01(NN) del OAC).

Medicamentos con receta: sustancias simples o compuestas, o mezclas de sustancias indicadas para la cura, mitigación o prevención de enfermedades, o para el mantenimiento de la salud indicadas por un médico u otro profesional con licencia en las artes de la curación dentro del ámbito de esta práctica profesional tal como se define y limita por las leyes federales y estatales; dispensados por farmacéuticos licenciados y profesionales autorizados con licencia de conformidad con la ley estatal de práctica médica; y dispensados por el farmacéutico o profesional con licencia según una receta escrita que se registra y mantiene en los registros del farmacéutico o del profesional.

Proveedor de atención primaria o proveedor: un médico individual (MD o DO), un consultorio grupal de médicos, un enfermero diplomado de práctica avanzada, según se define en la sección 4723.01 del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code), un consultorio grupal de enfermería de práctica avanzada dentro de una especialidad aceptable o un asistente médico que cumpla con los requisitos de la norma 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio que tiene contrato con CareSource MyCare Ohio para proporcionar servicios, según lo especificado en la norma 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio.

Proveedor: es un hospital, centro de atención médica, médico, dentista, farmacia o persona o entidad apropiada con licencia o certificada que está autorizado para, o puede tener derecho, al reembolso por los servicios relacionados con la atención médica prestados a los afiliados a CareSource MyCare Ohio.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tareas específicas que deben, de acuerdo con el título 47 del Código Revisado de Ohio, ser proporcionadas directamente por un personal técnico o profesional de atención médica con licencia u otro personal de atención médica debidamente certificado.

Atención de enfermería especializada: las tareas específicas que, de acuerdo con el capítulo 4723 del Código Revisado de Ohio, deben ser proporcionadas por un enfermero profesional licenciado (licensed practical nurse, LPN) bajo la dirección de un enfermero diplomado o directamente por un enfermero diplomado.

Especialista: un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar cierto tipo de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de la atención médica.

Atención de urgencia: la atención médica que se recibe por una enfermedad, lesión o afección tan seria como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave que requiera atención en una sala de emergencias.

