

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

# MANUAL DEL AFILIADO 2021



  
**CareSource**®

# Manual del Afiliado a CareSource MyCare Ohio

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

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

### Manual del Afiliado - Introducción

Este manual contiene información sobre su cobertura con CareSource MyCare Ohio hasta el 31 de diciembre de 2021. Aquí se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos con receta y los servicios de exención domiciliaria y basados en la comunidad (también llamados servicios y apoyos a largo plazo). Los servicios y apoyos a largo plazo le permiten permanecer en la vivienda, en lugar de ir a un centro de enfermería especializada u hospital. Las palabras clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

#### **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, CareSource MyCare Ohio, es ofrecido por CareSource. Cuando este *Manual del Afiliado* dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a CareSource. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareSource MyCare Ohio.

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

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

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, con letras grandes, *braille* o en audio. Llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

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

Para recibir este documento en un idioma que no sea español o en otro formato, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados. Registraremos su solicitud. Para obtener asistencia o si necesita modificar su solicitud, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



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

## Índice

Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado.....	3
Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes .....	16
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.....	27
Capítulo 4: Tabla de beneficios.....	49
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través del plan.....	104
Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos recetados de Medicare.....	124
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.....	130
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades .....	135
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones).....	160
Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su afiliación a nuestro plan MyCare Ohio .....	222
Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes.....	229

## Exenciones de responsabilidad

- ❖ CareSource® MyCare Ohio (Medicare-Medicaid) es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- ❖ La cobertura de CareSource MyCare Ohio es un plan de cobertura médica que califica como “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de la Ley de Protección del Paciente y Atención Económica (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida de los individuos.
- ❖ Es posible que deba pagar por algunos servicios y que deba seguir ciertas reglas para que CareSource MyCare Ohio pague por los servicios que le proporciona.



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

## Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado

---

### Introducción

Este capítulo contiene información sobre CareSource MyCare Ohio, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid. También le dice qué esperar como afiliado y qué otra información recibirá de CareSource MyCare Ohio. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

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



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

K. Cómo puede mantener actualizada la información de su registro de afiliación..... 14

    K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) ..... 15



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

---

## A. Bienvenido a CareSource MyCare Ohio

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

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

El programa MyCare Ohio es un programa de demostración gestionado de manera conjunta por el ODM y el gobierno federal para brindarles una mejor atención médica a aquellas personas que cuentan con ambas coberturas, Medicare y Medicaid. Con esta demostración, el gobierno estatal y federal quieren evaluar nuevas formas para mejorar la manera en la que usted obtiene los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

CareSource es una organización sin fines de lucro que satisface las necesidades de los consumidores de servicios de atención médica desde hace más de 31 años. Somos un plan de salud basado en la comunidad que comprende las diferentes necesidades y atiende a más de 1,3 millones de afiliados en el Estado de Ohio. La atención que desde CareSource les brindamos a nuestros afiliados está basada en fuertes sociedades comunitarias y el foco geográfico. Creemos que un abordaje de la administración de la atención centrado en la persona permite construir relaciones duraderas que transforman vidas.

---

## B. Información acerca de Medicare y Medicaid

Usted tiene tanto Medicare como Medicaid. CareSource MyCare Ohio se asegurará de que estos programas trabajen en conjunto para que usted obtenga la atención que necesita.

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

### B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados para que estas paguen los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare.



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

Cada estado decide:

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

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

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

- optemos por ofrecer el plan, y
- Medicare y Medicaid de Ohio aprueben el plan.

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

---

## C. Ventajas de este plan

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

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

- A usted le bastará con **un** plan de salud para **todas** las necesidades de su seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención médica que se habrá formado con su ayuda. Su equipo de atención médica puede estar compuesto por doctores, enfermeros/as, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un administrador de atención médica. Esta es una persona que trabaja con usted, con CareSource MyCare Ohio y con sus proveedores de atención médica para garantizar que reciba la atención médica que necesita. El administrador de atención médica será un miembro de su equipo de atención médica.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de atención y del administrador de atención médica.



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

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

---

## D. Área de servicio de CareSource MyCare Ohio

CareSource MyCare Ohio solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio. Para continuar estando afiliado a nuestro plan, tiene que seguir viviendo en esta área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Ohio:

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



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



Si se muda, debe informar la mudanza a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado. Si se muda a otro estado, deberá postularse para tener Medicaid en el nuevo estado. Consulte el Capítulo 8, Sección J, *Sus responsabilidades como miembro del plan*, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.



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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

Cuando usted se une por primera vez al plan, se le realizará una evaluación de las necesidades de atención médica dentro de los primeros 15 a 75 días de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, dependiendo de su estado de salud. Recibirá una carta que dirá quién es su administrador de atención médica. Será contactado por el administrador de atención médica, o por un miembro del equipo de administración de la atención, para programar su primera evaluación. La evaluación de atención médica se realizará junto a usted, su familia, sus cuidadores, su administrador de atención médica y otras personas de apoyo, según sea su deseo. Se puede llevar a cabo en su vivienda o en otro lugar que elija, incluyendo el consultorio médico o por vía telefónica cuando se haya retirado del hospital. A algunos pacientes se les debe hacer la evaluación en el hogar.



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

**Si CareSource MyCare Ohio es nuevo para usted**, puede continuar visitando a los médicos a los que concurre actualmente por al menos 90 días después de su inscripción. Además, si usted ya contaba con la aprobación para recibir los servicios, nuestro plan respetará dicha aprobación hasta que usted obtenga los servicios. Esto se denomina “período de transición”. La Carta para el afiliado nuevo que se incluye en su *Manual del Afiliado* incluye más información acerca de los períodos de transición. Si usted se encuentra inscrito para los Servicios de exención de MyCare Ohio, el Suplemento del *Manual del Afiliado*, o el "Manual para la exención", también tiene más información sobre los períodos de transición para los servicios de exención.

Después del período de transición, necesitará ver a los médicos y otros proveedores de la red de CareSource MyCare Ohio para la mayoría de los servicios. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red* para obtener más información acerca de cómo obtener atención. En Servicios para Afiliados le pueden ayudar a encontrar un proveedor.

Si en la actualidad usted visita a un proveedor que no es un proveedor de la red o si ya le han aprobado y/o programado servicios, es importante que llame a Servicios para Afiliados de inmediato, de modo que sea posible coordinar los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

---

## G. Su plan de atención

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

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

Su equipo de atención trabajará continuamente con usted para actualizar su plan de atención y así abordar los servicios médicos que necesita y desea obtener.

---

## H. Prima mensual del plan CareSource MyCare Ohio

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

---

## I. El *Manual del Afiliado*

Este *Manual del Afiliado* es parte de nuestro contrato con usted, lo que significa que debemos cumplir todas las reglas presentes en este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, usted puede apelar, o recusar, nuestra acción. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, *Decisiones de la cobertura y apelaciones*. También puede llamar a



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

Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir el *Manual del afiliado* llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede encontrar el *Manual del Afiliado* en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) o descargarlo de ese sitio web.

El contrato tiene vigor durante los meses en los que esté inscrito en CareSource MyCare Ohio, entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

## J. Otra información que recibirá de nosotros

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

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

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

 <p><b>Member Name:</b> &lt;Cardholder Name&gt;</p> <p><b>Member ID #:</b> &lt;Cardholder ID#&gt; &lt;CareSource MyCare Ohio&gt;</p> <p><b>MMIS Number:</b> &lt;Medicaid Recipient ID#&gt;</p> <p><b>PCP Name:</b> &lt;PCP Name&gt;</p> <p><b>PCP Phone:</b> &lt;PCP Phone&gt;</p>	 <p><b>RxBIN</b> - &lt;610014&gt;</p> <p><b>RxPCN</b> - &lt;MEDDPRIME&gt;</p> <p><b>RxGrp</b> - &lt;RXINN03&gt;</p>	 <p>&lt;H8452 001&gt;</p>	<p><b>IN AN EMERGENCY, CALL 9-1-1 OR GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM (ER) OR OTHER APPROPRIATE SETTING.</b> If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice Line.</p> <p><b>Member Services:</b> &lt;1-855-475-3163 (TTY: 711)&gt;</p> <p><b>Behavioral Health Crisis:</b> &lt;1-866-206-7861&gt;</p> <p><b>Care Management:</b> &lt;1-855-475-3163&gt;</p> <p><b>Eligibility Verification:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p><b>Pharmacy Help Desk:</b> &lt;1-800-416-3628&gt;</p> <p><b>Claims Inquiry:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p><b>Provider Questions:</b> &lt;1-800-488-0134&gt;</p> <p><b>Send Medical claims to:</b> &lt;Attn: Claims Department P.O. Box 8730 Dayton, OH 45401-8738&gt;</p> <p><b>Send Pharmacy claims to:</b> &lt;Express Scripts ATTN: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718&gt;</p> <p><b>24-Hour Nurse Advice:</b> &lt;1-866-206-7861 (TTY: 711)&gt;</p> <p><b>Website:</b> &lt;<a href="http://CareSource.com/MyCare">CareSource.com/MyCare</a>&gt;</p> <p style="text-align: right;">H8452_OHMMC-1458a</p>
---	--	--	--

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

Si está afiliado a nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesita para acceder a los servicios. Ya no recibirá una tarjeta de Medicaid de manera mensual. Tampoco necesita usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y



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

azul. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro por si más adelante necesita utilizarla. Si usted enseña su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de ID de afiliado a CareSource MyCare Ohio, el proveedor podría llegar a facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir la factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. Carta para el afiliado nuevo

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

## J3. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* cuenta con una lista con los proveedores y farmacias incluidos en la red de CareSource MyCare Ohio. Si está afiliado a nuestro plan, debe utilizar la red de proveedores y farmacias para acceder a los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, que incluyen la primera vez que se une a nuestro plan (consulte la página 9) y determinados servicios (consulte el Capítulo 3, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*).

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

### Definición de los proveedores de la red

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

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



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

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

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

#### **Definición de las farmacias de la red**

- Las farmacias de la red son las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Salvo en una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague por estas. Si no se trata de una emergencia, puede solicitarnos con antelación usar una farmacia fuera de la red.

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

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

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

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos; no obstante, pueden producirse ciertas modificaciones durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) o llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Este suplemento proporciona información adicional para los afiliados inscritos en los servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad. Por ejemplo, proporciona información sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados, el desarrollo del plan de servicio, la administración de la atención, la coordinación del servicio de exención y la elaboración de informes de incidentes.

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

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y dar seguimiento a los pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se llama la *Explicación de Beneficios* (o EOB).

La EOB le informa el total que nosotros, u otros en su nombre, pagamos por cada medicamento con receta de la Parte D durante el mes. La EOB cuenta con más información sobre los medicamentos que toma. El



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

Capítulo 6, Sección A, *Explicación de Beneficios (EOB)* contiene más información sobre la EOB y sobre cómo le puede ayudar a realizar un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También hay una EOB disponible en caso de que la solicite. Para obtener una copia, contacte a Servicios para Afiliados.

---

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

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

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos para usted y cuáles son sus montos de repartición de costos.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos lo siguiente:

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

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

Para actualizar su información personal en línea, ingrese a [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare) y haga clic en "Afiliados". Luego haga clic en My CareSource® para abrir una cuenta en línea.



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

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

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



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

## Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto de importantes recursos que le pueden ayudar a responder sus preguntas acerca de CareSource MyCare Ohio, el Estado de Ohio, Medicare y sus beneficios de atención médica. En este capítulo también puede obtener información sobre cómo contactar a su administrador de atención médica y otras personas que pueden actuar en su nombre. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

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



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

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

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

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

- Si tiene preguntas sobre el plan
- Si tiene preguntas acerca de los reclamos o la facturación de los proveedores
- Si desea solicitar tarjetas de identificación (ID) de afiliados
  - Infórmenos si usted no recibió su tarjeta de ID de afiliado o ha perdido su tarjeta de ID de afiliado.
- Para encontrar farmacias de la red
  - Esto incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Para obtener servicios y apoyos a largo plazo



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

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



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

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



---

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

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

CareSource MyCare Ohio les ofrece servicios de administración de la atención médica a todos los afiliados. Al afiliarse, se le asignará un administrador de atención médica. Los administradores de atención médica son el personal de enfermería diplomado, los trabajadores sociales licenciados y los trabajadores sociales licenciados independientes. El administrador de atención médica es responsable de coordinar todas las partes de la atención. Esto incluye la atención a largo plazo y/o los servicios de exención, en caso de que resida en un centro de atención a largo plazo o de que esté inscrito en un programa de exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad (HCBS). El administrador de atención médica será el punto principal de contacto para su caso y para su equipo de atención.

En la evaluación inicial, conocerá al administrador de atención médica y se le dará su información de contacto. Espere 24 horas antes de devolver la llamada. Si no puede comunicarse con su administrador de atención médica o supervisor del administrador de atención médica después de 24 horas, comuníquese con nuestra Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.

Si desea cambiar su administrador de atención médica, usted, su familia, su cuidador, su tutor (persona designada por un tribunal) o representante autorizado pueden hacerlo durante las visitas con su administrador de atención médica. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar un cambio.

<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-206-7861. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea para llamar al administrador de atención médica está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-750-0750 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>CareSource</p> <p>P.O. Box 8738</p> <p>Dayton, OH 45401-8738</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p>CareSource.com/MyCare</p>



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

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

CareSource24® es nuestra Línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas. Con CareSource24 tiene acceso ilimitado para hablar con el personal de enfermería registrado atento y experimentado a través de un número gratuito. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de CareSource24 están disponibles sin costo para usted. Nuestros enfermeros podrán ayudarle a:

- Decidir cuándo es el momento apropiado para proporcionarse atención médica usted mismo, acudir al médico o a la sala de emergencias
- Comprender una situación de enfermedad o lesión urgente
- Comunicarse con su administrador de atención médica
- Obtener asistencia ante una crisis personal

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

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

- Preguntas sobre su atención médica



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

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

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

- Decidir cuándo es el momento apropiado para proporcionarse atención médica usted mismo, acudir al médico o a la sala de emergencias
- Comunicarse con su administrador de atención médica
- Obtener asistencia ante una crisis personal

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

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

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



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

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

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

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

### E1. Cuándo comunicarse con Livanta

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



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

## F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y sobre hospitales, centros de enfermería especializada, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando "Formularios, ayuda y recursos" y haciendo clic en "Números de teléfono y sitios web".</p> <p>El sitio web de Medicare cuenta con la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área:</p> <p><b>Buscador de planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione "Encontrar planes".</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de adultos mayores podrían ayudarle a ingresar a este sitio web usando una computadora, o bien, puede llamar a Medicare al número que aparece arriba y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>



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

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

Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los servicios médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Medicaid de Ohio paga las primas de Medicare de algunas personas y, además, paga los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, excepto los medicamentos recetados. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo, como los servicios de "exención" domiciliarios y basados en la comunidad, y los servicios de vida asistida y la atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada. También cubre servicios dentales y de visión.

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

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

También puede contactarse con su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services) local si tiene dudas o necesita enviar información sobre cambios en su dirección, ingresos u otro seguro. La información de contacto está disponible en línea en: [jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).



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

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

El Ómbudsman de MyCare Ohio cumple la función de un defensor en su nombre. Está disponible para responder preguntas si tiene un problema o reclamación y le puede ayudar a entender qué debe hacer. El Ómbudsman de MyCare Ohio le ayuda con las inquietudes relacionadas con cualquier aspecto de la atención médica. Brinda asistencia para resolver disputas con los proveedores de atención médica, proteger sus derechos y presentar reclamaciones o apelaciones sobre nuestro plan.

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

<b>LLAME AL</b>	1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.  El Ómbudsman de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas auditivos y del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
<b>ESCRIBA A</b>	Ohio Department of Aging  Attn: MyCare Ohio Ombudsman  246 N. High Street, 1st Floor  Columbus, Ohio 43215-2406
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman">www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman</a>  Puede presentar una reclamación en línea en: <a href="http://aging.ohio.gov/Contact/">aging.ohio.gov/Contact/</a> .



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

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

---

### Introducción

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

### Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red” .....	29
B. Reglas para obtener la atención médica, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	29
C. Información acerca de su equipo de atención y su administrador de atención médica .....	31
C1. Qué es la administración de la atención .....	31
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica .....	31
C3. Cómo interactuar con su administrador de atención médica y su equipo de atención.....	32
C4. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica .....	32
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.....	32
D1. Atención de parte de un proveedor de atención primaria .....	32
D2. Atención de parte de especialistas y otros proveedores de la red .....	34
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan.....	34
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red.....	35
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) .....	36



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

F. Cómo obtener servicios de salud conductual .....	36
G. Cómo obtener servicios de transporte.....	37
G1. Cómo obtener servicios de transporte .....	37
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando necesita atención médica de emergencia o de urgencia, o durante un desastre.....	38
H1. Atención cuando tiene una emergencia médica.....	38
H2. Atención médica necesaria de urgencia .....	41
H3. Atención durante un desastre.....	42
I. Qué hacer si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan.....	42
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	42
J. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	43
J1. Definición de un estudio de investigación clínica .....	43
J2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica .....	44
J3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica .....	44
K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud.....	45
K1. Definición de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud.....	45
K2. Cómo obtener atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud .....	45
L. Equipo médico permanente (DME) .....	46
L1. DME como un afiliado a nuestro plan.....	46
L2. Propiedad del DME cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	46
L3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan .....	47
L4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	47



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

---

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

Los servicios comprenden la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, la salud conductual, los medicamentos recetados y de venta libre, el equipo y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de los servicios por los que nuestro plan paga. La atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo que están cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*.

Los proveedores comprenden a los médicos, el personal de enfermería y las demás personas que brindan servicios y atención. El término proveedores también incluye a los hospitales, a las agencias de atención médica domiciliaria, a las clínicas y a otros lugares que presten servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

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

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

---

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

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

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

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4, Sección C, *Tabla de beneficios de nuestro plan*, para obtener información respecto de los beneficios cubiertos, incluida la Tabla de beneficios del plan.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que necesita servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le



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

impide ir a un hospital o a un centro de enfermería especializada. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.

- La atención que reciba debe contar con la autorización previa de CareSource MyCare Ohio cuando sea necesario. Para ciertos servicios, su proveedor debe presentar información a CareSource MyCare Ohio y solicitar la aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se denomina autorización previa. Consulte la tabla del Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*, para obtener más información.
- Debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)** y que gestione su atención médica. Si bien usted no necesita una aprobación (denominada derivación) de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de consultar a un especialista o después de realizar una visita de urgencia o al departamento de emergencias. Esto le permite a su PCP gestionar su atención para obtener los mejores resultados.
  - Para obtener más información sobre cómo elegir a su PCP, consulte la página 33.
- **Debe recibir atención de parte de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan (un proveedor fuera de la red). Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - El plan cubre la atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para entender qué significa atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia, consulte la Sección H, página 38.
  - Si necesita atención médica que nuestro plan cubre pero que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle, usted puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Para recibir dicha atención, usted debe obtener la autorización previa de CareSource MyCare Ohio. En esta situación, cubriremos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para tener una visita con un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 35.
  - El plan cubre los servicios que recibe en los Centros de salud calificados a nivel federal, las Clínicas de salud rurales y los proveedores de planificación familiar que figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Si actualmente recibe servicios de exención para vida asistida o servicios a largo plazo en un centro de enfermería por parte de un proveedor fuera de la red antes de y en el día en que usted se convierta en afiliado, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.



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

- El plan cubre los servicios de diálisis renal si se encuentra fuera del área de servicio del plan por un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si usted es nuevo en nuestro plan, es posible que continúe visitando a sus proveedores actuales fuera de la red durante un lapso de tiempo después de su afiliación. Esto se denomina “período de transición”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, *Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud* de este manual y su Carta para el afiliado nuevo.

---

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

Su equipo de atención incluye un grupo de personas que pueden ayudarle a cumplir el objetivo de tener una vida sana. El equipo está constituido por usted, sus proveedores de atención médica, los miembros de su familia o los cuidadores y su administrador de atención médica de CareSource MyCare Ohio. Otros miembros del equipo también pueden ser:

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

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

El administrador de atención médica le ayuda a gestionar todos los proveedores y servicios. Trabaja junto con su equipo de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita. Esto incluye la atención a largo plazo y/o los servicios de exención en caso de que resida en un centro de atención a largo plazo o de que esté inscrito en un programa de exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad (HCBS) y servicios de salud conductual. El administrador de atención médica será el punto principal de contacto para su caso y para su equipo de atención.

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

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



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

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

Es probable que su equipo de atención le haga algunas preguntas para conocer más sobre su estado de salud y sus objetivos. El equipo le brindará información para ayudarle a entender cómo debe cuidar de usted mismo, cómo acceder a los servicios que necesita y cómo contactarse con los recursos locales. Sus necesidades individuales son la prioridad del equipo. El equipo también puede ayudarle a decidir si requiere atención médica de su PCP, en un centro de atención de urgencias o en una sala de emergencias.

Todos los integrantes de su equipo de atención trabajan en conjunto para asegurarse de que reciba atención coordinada. Esto significa que cuando las pruebas y los análisis de laboratorio están listos, los resultados se comparten con los proveedores correspondientes. También quiere decir que sus médicos conocen todos los medicamentos que está tomando, para que puedan reducir cualquier efecto negativo. Su administrador de atención médica es un miembro fundamental de su equipo de atención. Se centra en integrar su atención médica para abordar todas sus necesidades y lo alentará a participar para que sus objetivos estén siempre primero. Además, su administrador de atención médica realizará exámenes, desarrollará planes de tratamiento, lo conectará con los recursos comunitarios y realizará evaluaciones continuas cuando sea necesario.

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

Si desea cambiar su administrador de atención médica, usted, su familia, su cuidador, su tutor o representante autorizado pueden hacerlo durante las visitas personalizadas con su administrador de atención médica o contactándolo por vía telefónica. También puede llamarnos o escribirnos para solicitar un cambio.

---

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

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

Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y gestione su atención médica.

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

Cada afiliado a CareSource MyCare Ohio debe tener un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red de proveedores. Su PCP es un solo médico o un grupo de profesionales médicos capacitados en medicina de familia, medicina interna, medicina general, obstetricia/ginecología, pediatría, enfermero/a certificado/a profesional o un médico asistente. Una clínica (Clínica de salud rural/Centro de salud calificado a nivel federal) no puede ser un PCP; no obstante, un profesional de una clínica puede prestar servicios como PCP. Si usted es nuevo en nuestro plan y se encuentra en el período de transición, puede continuar visitando al mismo proveedor que tenía antes de afiliarse. Si el proveedor está de acuerdo, trabajaremos para que forme parte de nuestra red. Si no lo está, trabajaremos con usted para encontrar un proveedor que forme parte de nuestra red.



---

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

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención médica. Se focalizará en la atención médica preventiva y los controles, y tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Coordinará la mayoría de los servicios cubiertos que le brindan otros médicos. Coordinar los servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan cómo se desarrolla su atención médica. Si es necesario, su PCP lo derivará a otros médicos (especialistas), lo internará o solicitará la autorización previa de CareSource MyCare Ohio para los tipos de atención médica que la requieran. Si bien no es necesario que obtenga la aprobación (llamada derivación) de su PCP para hacer una consulta con otros proveedores, es importante que contacte a su PCP antes de ver a un especialista o después de una visita de urgencia o al departamento de emergencias. Esto permite que su PCP esté informado sobre los cambios en su salud y administre su atención médica de modo que obtenga los mejores resultados.

En ocasiones, puede existir un motivo para que un especialista sea su PCP. Un ejemplo podría el de un especialista que esté gestionando su atención médica debido a una afección actual que afecta su salud en general. Si usted y/o su especialista creen que este debe ser su PCP, llame al Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. para hablar al respecto.

Puede contactar a su PCP llamando al consultorio del PCP. El nombre y teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de ID de CareSource MyCare Ohio. Es importante que procure conocer a su PCP dentro de los 30 días después de la afiliación.

### **Su elección de PCP**

El *Directorio de proveedores y farmacias* consiste en una lista de médicos y otros profesionales de atención médica que aceptan atender a los afiliados a CareSource MyCare Ohio. Si aún no eligió un PCP, hágalo. Es importante que empiece a establecer una buena relación entre médico y paciente con su PCP lo antes posible.

Para conocer los nombres de los PCP de nuestra red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias* si solicitó una copia impresa o puede visitar nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) y utilizar nuestra herramienta Encontrar un médico/proveedor. También puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. para obtener asistencia. Si es paciente nuevo de su PCP, llame al consultorio para programar una visita. De este modo, su PCP podrá conocerlo y saber cuáles son sus necesidades de atención médica de inmediato. Todos sus antecedentes médicos deben ser transferidos al nuevo médico.

### **Opción de cambiar su PCP**

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

Si desea cambiar de PCP por algún motivo, llame a Servicios para Afiliados para pedir el cambio. Si es un afiliado registrado, puede pedir el cambio desde el portal para miembros, My CareSource (consulte el Capítulo



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

1, Sección K, *Cómo puede mantener actualizada la información de su registro de afiliación*). Procesaremos el cambio el día de la solicitud. CareSource MyCare Ohio le enviará una nueva tarjeta de ID para informarle que su PCP ha sido cambiado. El Departamento de Servicios para Afiliados también puede ayudarle a programar su primera visita si es necesario.

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

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

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

No necesita una derivación de su PCP para consultar a otros proveedores. Posiblemente algunos especialistas soliciten una derivación de su PCP antes de atenderlo. Es importante que se comunique con su PCP antes de consultar a un especialista. Esto permite que su PCP gestione su atención para obtener los mejores resultados. Su elección del PCP no restringe los especialistas u hospitales específicos a los que su PCP le deriva. Solo consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, para obtener una lista de especialistas u otros proveedores de la red y programar una cita usted mismo. Si no está seguro de qué tipo de proveedores ofrecen los servicios que usted necesita, consulte con su administrador de atención médica.

Algunos servicios o medicamentos pueden necesitar una autorización previa de CareSource MyCare Ohio antes de que pueda acceder a ellos. Esto significa que su PCP o proveedor deben ser aprobados por CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda acceder al servicio o medicamento. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*, para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa. Si va a consultar a un especialista, el profesional puede hablar con su PCP antes de programar los servicios. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*, para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

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

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

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.



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

- Si se somete a un tratamiento médico continuo, tiene derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que así sea, que el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una reclamación.

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

#### **D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red**

El único momento en que puede usar proveedores que no pertenecen a la red es en el caso de:

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

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

Puede obtener más información sobre el período de transición en el Capítulo 1, Sección F, *Qué esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud*. Si en la actualidad usted visita a un proveedor que no es un proveedor de la red o si ya tiene servicios aprobados y/o programados, es importante que llame a Servicios para Afiliados de manera inmediata (hoy o tan pronto como pueda), de modo que podamos coordinar los servicios y así evitar cualquier problema de facturación. Tenga en cuenta que si visita a un proveedor fuera de



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

la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. Si asiste a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, posiblemente deba pagar el costo total de los servicios que reciba. Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

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

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

---

## E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios de exención de MyCare Ohio están destinados a satisfacer las necesidades de los afiliados de 18 años o mayores que son plenamente elegibles tanto para Medicare como Medicaid, que están afiliados a un plan MyCare Ohio y que, según lo determina el Estado de Ohio, o su designado, tienen un nivel de atención intermedio o profesional. Estos servicios les ayudan a los individuos a vivir y desempeñarse de manera independiente.

Si desea saber si es elegible para recibir los servicios de exención, hable con su administrador de atención médica de CareSource MyCare Ohio. Programaremos una evaluación con la Agencia para Personas de Edad Avanzada del Área (Area Agency on Aging) para llevar a cabo una evaluación y determinar si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

---

## F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Si ya tiene un proveedor de atención de la salud conductual, le recomendamos continuar visitando a ese proveedor para recibir su tratamiento. Si usted necesita recibir servicios de salud conductual y/o por abuso de sustancias, llame a su administrador de atención médica al 1-866-206-7861 o a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). También puede autoderivarse directamente a un centro del Departamento de Salud Mental y de Servicios para Adicciones de Ohio (Mental Health and Addiction Services, MHAS) y/o a un proveedor de salud conductual certificado de la comunidad. Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare) para obtener los nombres y los números telefónicos de los establecimientos cercanos a su área. También puede llamarnos si está atravesando una crisis. Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Solo llame a nuestra Línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas, al 1-866-206-7861.



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

## G. Cómo obtener servicios de transporte

Si es necesario, CareSource MyCare Ohio ofrece servicios de transporte. Los traslados están disponibles para usted sin costo. Recuerde que si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o asistir directamente a la sala de emergencias más cercana. Si vive en un centro de cuidados a largo plazo y requiere asistencia médica para el transporte, una persona que trabaje en su centro puede programar el transporte por usted.

Si debe viajar 30 millas o más desde su vivienda para recibir los servicios de atención médica cubiertos, CareSource MyCare Ohio le proporcionará transporte hacia y desde el consultorio del proveedor. Esta parte del beneficio se basa en su ubicación y no está sujeta al límite de 30 viajes de ida y vuelta.

### G1. Cómo obtener servicios de transporte

- Para coordinar un viaje, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8 p. m.
- Comuníquese apenas sepa que necesita un traslado. Llame al menos 48 horas (dos días hábiles) antes de la visita al médico. Sábados, domingos y feriados no cuentan.
- Cubrimos hasta 30 viajes de ida y vuelta por afiliado por año calendario para cualquier cita de atención médica, cita para el programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) o cita de redeterminación.

### Lineamientos de transporte de CareSource MyCare Ohio

Para ayudarle a aprovechar al máximo los servicios de transporte de CareSource MyCare Ohio, hay lineamientos que debe seguir. De esta manera podrá obtener el mayor beneficio de esta experiencia.

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

#### Responsabilidades del afiliado en cuanto al transporte

1. Los afiliados deben:
  - Llamar para coordinar el transporte con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.
  - Saber la dirección completa del consultorio del proveedor de atención médica al que asiste.
  - Asegurarse de que el conductor disponga de un tiempo de viaje suficiente para que usted no llegue tarde a su cita.
  - Mostrar su tarjeta de ID al conductor antes de utilizar los servicios de transporte.
  - Estar listo cuando el conductor llega al lugar. El conductor puede esperar únicamente por cinco minutos. Después de cinco minutos, el conductor se marchará y se considerará que “no se presentó”.
  - Llamar para cancelar el transporte al menos dos horas antes de la hora de recogida programada si no puede asistir a la cita.



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

- Pedir en el consultorio del proveedor que llamen a la compañía de transporte para su viaje de regreso a casa.
2. No presentarse a su viaje programado afecta el servicio que les brindamos a otros afiliados que lo necesitan. Para ayudarnos a brindar el mejor servicio de transporte para usted y otros afiliados, asegúrese de:
    - Estar listo para que lo recojan a la hora de recogida programada más temprana.
    - Estar listo para irse cuando llega el conductor.
    - Llamar para cancelar el transporte al menos dos horas antes de la hora de recogida programada si no puede asistir a la cita.
  3. La compañía de transporte tiene derecho a quitarle su beneficio de transporte durante seis meses después de tres veces que no se presente en el período de tres meses. No presentarse se define como:
    - No estar listo para que lo recojan a la hora de recogida programada más temprana.
    - No estar disponible para su transporte programado y que el conductor espere 5 minutos y luego se retire.
    - No cumplir con su transporte programado sin cancelar al menos 2 horas antes de la hora programada de recogida. \* Cada caso se revisa uno por uno.
  4. Los afiliados deberán mostrar respeto y cortesía a la compañía de transporte y al personal de CareSource MyCare Ohio. El comportamiento impropio incluye:
    - Uso de lenguaje profano (malas palabras), insultos o abuso verbal.
    - Amenazas de maltrato físico a la compañía de transporte, a los conductores o al personal de CareSource MyCare Ohio.

Recuerde que estos lineamientos son para usar el programa de transporte. Deseamos que sus experiencias de transporte sean positivas y que satisfagan sus necesidades.

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

Además de la asistencia con el transporte que ofrece CareSource MyCare Ohio, usted también puede obtener asistencia con el transporte para determinados servicios a través del programa de Servicios de transporte que no se considera de emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Llame al Departamento de Trabajo y de Servicios Familiares del Condado local si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de NET.

---

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

### H1. Atención cuando tiene una emergencia médica

#### Definición de una emergencia médica



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

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

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

### Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 o asista a la sala de emergencias, hospital u otro centro apropiado más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. No necesita la aprobación o derivación de su PCP o de CareSource MyCare Ohio.
- Asegúrese de informarle al proveedor que usted es afiliado a CareSource MyCare Ohio. Muéstrole al proveedor la tarjeta de ID de afiliado a CareSource MyCare Ohio.
- **Tan pronto como pueda, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención médica de emergencia. Usted o su administrador de atención médica debe llamar para informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. Además, si se decide que usted permanezca en el hospital, asegúrese de que se comuniquen con CareSource MyCare Ohio dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Nuestro número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID de afiliado a CareSource MyCare Ohio.

### Servicios cubiertos durante una emergencia médica

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



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

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

Una vez que termine la emergencia, es posible que necesite atención médica de seguimiento para garantizar su mejoría. Su atención médica de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos conseguir proveedores dentro de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible. Si el proveedor que le está tratando por una emergencia se hace cargo de dicha emergencia, pero considera que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que provocó la emergencia, dicho proveedor debe comunicarse al 1-800-488-0134.

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

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

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

- Pensar en el suicidio o en terminar con su vida.
- Tomar decisiones que lo pongan en grave peligro como comportamientos imprudentes o incurrir en gastos de más.
- Cambios importantes en el estado de ánimo y comportamientos, como:
  - Tristeza que no mejora.
  - Sentirse sin esperanza o desamparado.
  - Sentirse inútil.
  - Dificultad para dormir.
  - Cambios en el apetito o pérdida o aumento de peso.
  - Pérdida de interés o placer en hacer cosas que normalmente disfruta.
- No poder cuidar de sí mismo, lo que lo colocaría en riesgo de daño.
- Experimentar problemas con sus medicamentos, como efectos secundarios graves o molestos.
- Abuso de drogas o alcohol.

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

Con frecuencia, es difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud mental. Es posible que ingrese para recibir atención de emergencia y que el médico le diga que realmente no se trataba de



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

una emergencia. Cubriremos su atención médica, siempre que usted considere, razonablemente, que su salud o la salud del niño por nacer, corren grave peligro.

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

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

## H2. Atención médica necesaria de urgencia

### Definición de atención médica necesaria de urgencia

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos, o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, aún tendrá derecho a recibir atención de CareSource MyCare Ohio.

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

Durante una catástrofe declarada, si no puede obtener los servicios de un proveedor de la red, le permitiremos que obtenga atención de proveedores fuera de red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

---

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

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

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

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

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

CareSource MyCare Ohio cubre todos los servicios:

- que se consideran médicamente necesarios, y



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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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



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

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

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

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

El motivo:

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

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

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

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

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

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

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

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación



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

clínica) en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

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

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

Una institución religiosa no médica del cuidado de la salud es un lugar donde se brinda atención de la misma manera que en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención médica en un hospital o en un centro de enfermería especializada se contradice con sus creencias religiosas, en su lugar le proporcionaremos cobertura para recibir atención en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud.

Puede elegir recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos del cuidado de la salud). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica del cuidado de la salud brindada en instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud.

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

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

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

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

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a aquellos aspectos de la atención que se consideran no religiosos.
- Si usted recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, corresponde lo siguiente:



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

- Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
- Usted debe obtener la aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ser admitido al centro o su estadía no será cubierta.

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

---

## L. Equipo médico permanente (DME)

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

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

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

Esta sección trata el DME que debe alquilar. Como afiliado a CareSource MyCare Ohio, en general, usted no será el propietario del DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

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

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

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

**Nota:** Puede encontrar las definiciones del plan Medicare Original y el plan Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede obtener más información sobre ellos en el manual *Medicare y usted 2021*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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



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

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

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

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

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

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

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

El equipo de oxígeno debe ser devuelto al propietario cuando ya no sea médicamente necesario o si deja nuestro plan.

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan para cambiarse a Medicare Original**, se lo alquilará a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales por el alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados más arriba.

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

- El proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.



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

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

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

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan para cambiarse a un Plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Medicare Original. Puede consultar qué equipo de oxígeno y suministros cubre su Plan Medicare Advantage y cuáles serán sus costos.



---

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

## Capítulo 4: Tabla de beneficios

---

### Introducción

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

### Índice

A. Sus servicios cubiertos .....	50
B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios .....	50
C. Tabla de beneficios de nuestro plan.....	50
D. Tabla de beneficios .....	52
D1. Visitas preventivas .....	52
D2. Servicios preventivos y evaluaciones .....	54
D3. Otros servicios .....	60
E. Cómo acceder a los servicios cuando se encuentra fuera de casa o fuera del área de servicio .....	100
F. Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio.....	100
F1. Cuidados paliativos .....	100
G. Beneficios no cubiertos por CareSource MyCare Ohio, Medicare o Medicaid.....	101



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

---

## A. Sus servicios cubiertos

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

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos que se explican en este capítulo siempre que siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, *Reglas para obtener la atención médica, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan* para conocer los detalles de las reglas del plan. No obstante, usted puede ser responsable por el pago de una “obligación como paciente” que contrae por los servicios de un centro de enfermería o de exención que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y determinados gastos requieren que usted tenga una obligación como paciente.

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

---

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

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

**Nunca debe recibir una factura de un proveedor por un servicio cubierto.** Si recibe una, consulte el Capítulo 7, *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos* o llame a Servicios para Afiliados.

---

## C. Tabla de beneficios de nuestro plan

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



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

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

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería especializada. También significa que los servicios, suministros o medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.
  - Si CareSource MyCare Ohio decide que un servicio no es médicamente necesario o que no cuenta con cobertura, usted o una persona autorizada para actuar en su nombre, pueden presentar una apelación. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D, *Decisiones de cobertura y apelaciones*.
- Usted obtiene atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3, Sección D, *Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*, incluye más información sobre el uso de los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le proporcionan y administran su atención médica.
- Algunos de los beneficios enumerados en la Tabla de beneficios solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red primero obtienen nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa. Además, algunos de los beneficios enumerados en la Tabla de beneficios solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red redactan una orden o prescripción para que usted reciba los servicios. Si no está seguro acerca de si un servicio requiere autorización previa, contacte a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en [www.CareSource.com/oh/plans/MyCare/benefits-services/](http://www.CareSource.com/oh/plans/MyCare/benefits-services/).

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



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

## D. Tabla de beneficios

### D1. Visitas preventivas

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Control de niño sano (también conocido como Healthchek)</b></p> <p>Healthchek es el beneficio del Programa de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment o EPSDT) de Ohio para todas las personas pertenecientes a Medicaid, desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre los exámenes médicos, oftalmológicos, odontológicos, nutricionales, de desarrollo y de salud mental. También incluye las vacunas, la educación para la salud y los análisis de laboratorio.</p> <p>Exámenes preventivos</p> <p>Pruebas de detección: exámenes médicos completos con una revisión del desarrollo de la salud física y mental, exámenes de la vista, exámenes dentales, exámenes auditivos, exámenes de nutrición, exámenes de desarrollo, pruebas de plomo, si corresponde.</p> <p>La atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otro tipo de problemas o cuestiones de salud detectados durante la evaluación incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a un proveedor de atención primaria, un especialista, un dentista, un optometrista y otros proveedores de CareSource para diagnosticar y tratar problemas.</li> <li>• Atención de pacientes internados y ambulatorios.</li> <li>• Consultas clínicas.</li> <li>• Medicamentos con receta.</li> <li>• Todos los servicios cubiertos de Healthchek se proporcionan sin costo hasta los 21 años.</li> <li>• El transporte hacia y desde los proveedores y asistencia con la programación de visitas de salud están disponibles.</li> </ul>	<p>Algunos servicios requieren una derivación por parte de su PCP o una autorización previa.</p> <p>Si tiene menos de 21 años, llame a su PCP para programar una cita para un examen de Healthchek.</p> <p>Su proveedor puede pedir autorización previa para servicios que tienen limitaciones y que generalmente no están cubiertos para afiliados de 21 años o mayores.</p>



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

**D2. Servicios preventivos y evaluaciones**

<b>Servicios cubiertos por el plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal</b></p> <p>El plan cubre los monitoreos por ultrasonido de aneurisma de aorta abdominal, si usted corre un riesgo.</p>	
<p><b>Monitoreo y asesoría por consumo indebido de alcohol</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo por consumo indebido de alcohol en adultos. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si el monitoreo por consumo indebido de alcohol resulta positivo, usted obtiene sesiones de asesoría personalizada proporcionadas por un proveedor de atención primaria o un profesional calificado.</p>	
<p><b>Monitoreo de cáncer de seno</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de rutina entre los 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de monitoreo cada 12 meses para mujeres de 40 años y mayores.</li> <li>• Las mujeres menores de 35 años que corran un riesgo alto de desarrollar cáncer de seno también pueden ser elegibles para las mamografías.</li> <li>• Exámenes clínicos de seno anuales.</li> </ul>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares, del corazón)</b></p> <p>El plan cubre visitas a su proveedor de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su proveedor puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablarle sobre el uso de aspirina,</li> <li>• controlar su presión arterial, o</li> <li>• brindarle consejos para asegurarse de que usted está alimentándose bien.</li> </ul>	
<p><b>Prueba de enfermedad cardiovascular (del corazón)</b></p> <p>El plan cubre análisis de sangre para corroborar si existe una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también controlan la existencia de defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	
<p><b>Monitoreo de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>El plan cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.</p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Monitoreo de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas mayores de 50 años o con alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o monitoreo mediante enema de bario)</li> <li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal</li> <li>• Monitoreo mediante colonoscopia</li> <li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal basado en guayacol o examen inmunoquímico fecal</li> <li>• Monitoreo colorrectal basado en ADN</li> </ul> <p>Para personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses de haberse realizado una sigmoidoscopia).</p>	
<p><b>Asesoría e intervenciones para dejar de fumar o usar tabaco</b></p> <p>El plan cubre la asesoría y las intervenciones para dejar de fumar.</p>	
<p><b>Monitoreo de la depresión</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo de la depresión.</p>	
<p><b>Pruebas de detección de diabetes</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo de la diabetes (incluye análisis de glucosa en ayunas).</p> <p>Es posible que desee hablar con su proveedor sobre este análisis si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, antecedentes familiares de diabetes o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre.</p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Pruebas de detección de VIH</b></p> <p>El plan cubre los exámenes de detección de VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana) para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que corren mayor riesgo de infección por VIH.</p>	
<p><b>Vacunas</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas para niños menores de 21 años.</li> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si se las considera médicamente necesarias.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Otras vacunas, si presenta riesgo y si éstas cumplen las reglas de cobertura de Medicaid o de la Parte B de Medicare.</li> <li>• Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección D, Vacunas, para obtener más información.</li> </ul>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Monitoreo de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará por el monitoreo de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene entre 55 y 77 años, y</li> <li>• Tiene una visita de asesoría y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y</li> <li>• Ha fumado por lo menos un paquete por día durante los últimos 30 años sin que se presente ninguna señal o síntoma de cáncer de pulmón, fuma ahora, o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después de la primera evaluación, el plan pagará por una nueva evaluación cada año con una orden escrita de su médico y otro proveedor calificado.</p>	
<p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará los servicios del Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar el comportamiento saludable. Le brinda capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios a largo plazo en la dieta, y</li> <li>• aumento de la actividad física, y</li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul> <p>Este programa les permite a los pacientes con prediabetes hacerse cargo de su salud y bienestar. Los participantes se reúnen en grupos con un mentor de estilo de vida capacitado durante 16 sesiones semanales y 6 a 8 sesiones de seguimiento mensuales. Estas <b>no</b> son clases prácticas. En estas sesiones los pacientes aprenden a incorporar hábitos de alimentación más saludables y actividad física moderada, como también habilidades de resolución de problemas, reducción del estrés y para afrontar su vida diaria.</p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Monitoreo de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso</b></p> <p>El plan cubre la asesoría para ayudarlo a perder peso.</p>	
<p><b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen rectal digital.</li> <li>• Una prueba del antígeno prostático (prostate specific antigen, PSA).</li> </ul>	
<p><b>Monitoreo y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</b></p> <p>El plan cubre el monitoreo de infecciones de transmisión sexual, incluidas clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan también cubre sesiones de asesoría personalizada de salud conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (STI). Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos.</p>	



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

**D3. Otros servicios**

<b>Servicios cubiertos por el plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Acupuntura.</b></p> <p>El plan cubre la acupuntura para el manejo de los dolores de cabeza y los dolores lumbares.</p> <p>El plan también pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de más de 12 semanas de duración;</li> <li>• no específico (sin causa sistémica identificada, por ejemplo, no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no asociado con una cirugía; y</li> <li>• no asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra alguna mejora. No puede recibir más de 20 tratamientos con acupuntura por año por dolor lumbar crónico.</p> <p>Los tratamientos con acupuntura para el dolor lumbar crónico deben interrumpirse si no muestra mejoras o si empeora.</p>	<p>Los servicios se brindan como tratamientos solo para el dolor lumbar o la migraña.</p> <p>Se requiere autorización previa para más de 30 visitas por año.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia o de camioneta adaptada para sillas de rueda</b></p> <p>Los servicios de transporte de emergencia en ambulancia cubiertos incluyen el transporte en avión, helicóptero sanitario o ambulancia terrestre. La ambulancia lo trasladará al lugar más cercano donde pueda recibir atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave de forma tal que otras formas de traslado a un lugar de atención pudieran poner en riesgo su vida o, en el caso de estar embarazada, la vida o la salud de del bebé por nacer.</p> <p>Si no se trata de una emergencia, los servicios de ambulancia o de camioneta adaptada para sillas de rueda tienen cobertura si se consideran médicamente necesarios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para el transporte médico que no es de emergencia y transporte en avión.</p>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios quiroprácticos.</b></p> <p>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías de diagnóstico.</li> <li>• Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para más de 15 visitas por año.</p>
<p><b>Servicios odontológicos.</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal completo (uno por relación entre proveedor y paciente).</li> <li>• Examen bucal periódico una vez cada 180 días para afiliados menores de 21 años y una vez cada 365 días para los afiliados de 21 años y mayores.</li> <li>• Servicios preventivos, que incluyen profilaxis, tratamiento con flúor para afiliados menores de 21 años, selladores y espaciadores.</li> <li>• Radiografías/Imágenes diagnósticas de rutina.</li> <li>• Servicios odontológicos completos que incluyen servicios de diagnóstico no convencional, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de ortodoncia y quirúrgicos.</li> <li>• Un examen bucal y una limpieza adicional por año.</li> </ul>	<p>Algunos servicios odontológicos requieren autorización previa. Consulte a su proveedor odontológico para obtener detalles.</p>



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Equipo médico permanente (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>Los DME cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas</li> <li>• Muletas</li> <li>• Sistemas de colchón eléctrico</li> <li>• Suministros para la diabetes</li> <li>• Camas de hospital indicadas por un proveedor para uso domiciliario</li> <li>• Bombas de infusión intravenosa (IV)</li> <li>• Dispositivos de generación del habla</li> <li>• Equipo y suministros de oxígeno</li> <li>• Nebulizadores</li> <li>• Andadores</li> <li>• Bastones</li> <li>• Sillas retrete</li> </ul> <p>Otros artículos (como prendas para la incontinencia, productos para la nutrición enteral, suministros para la ostomía y urológicos, y vendajes quirúrgicos e insumos relacionados) pueden estar cubiertos. Para otros tipos de suministros adicionales que el plan cubre, consulte las secciones sobre los servicios para personas diabéticas, los servicios para la audición y sobre dispositivos protésicos.</p> <p>También es posible que el plan cubra la capacitación sobre cómo utilizar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de atención médica trabajará junto con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son los indicados para usted y si estarán incluidos en su plan de atención médica individualizado.</p> <p>Cubriremos todos los DME que Medicare y Medicaid generalmente cubren. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si es posible que haga un pedido especial para usted.</p>	<p>Se requiere autorización previa para todas las sillas de ruedas motorizadas y personalizadas. También se requiere autorización previa para otras categorías de DME si los cargos facturados son superiores a \$500.</p>



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de planificación familiar y tratamiento médico.</li> <li>• Laboratorio para planificación familiar y pruebas de diagnóstico.</li> <li>• Métodos de planificación familiar (píldoras, parches y anillos anticonceptivos, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes).</li> <li>• Suministros para la planificación familiar (preservativos, esponja, espuma, película soluble, diafragma, capuchón cervical).</li> <li>• Asesoría y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados.</li> <li>• Asesoría y análisis para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH.</li> <li>• Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS).</li> <li>• Tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH.</li> <li>• Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Entre la fecha en que usted firma el formulario y la fecha de la cirugía debe transcurrir al menos un plazo de 30 días, pero no mayor a 180 días).</li> <li>• Detección, diagnóstico y asesoría sobre anomalías genéticas y/o trastornos metabólicos hereditarios</li> <li>• Tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada).</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Puede obtener los servicios de planificación familiar de parte de un proveedor de planificación familiar calificado que participe o no participe de la red (por ejemplo, de Paternidad planificada) que figure en el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>. También puede obtener servicios de planificación familiar de una partera enfermera certificada, un obstetra, ginecólogo o proveedor de atención primaria de la red.</p>	<p>Se requiere autorización previa para un aborto y solo está cubierto si la vida de la madre corre peligro o en el caso de una violación o incesto denunciados.</p>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Centros de salud calificados a nivel federal</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en los Centros de salud calificados a nivel federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio para recibir atención primaria y servicios de especialistas.</li> <li>• Servicios de fisioterapia.</li> <li>• Servicios de patología del habla y de audiología.</li> <li>• Servicios odontológicos.</li> <li>• Servicios de podiatría.</li> <li>• Servicios de optometría y/o de óptico.</li> <li>• Servicios quiroprácticos.</li> <li>• Servicios de transporte.</li> <li>• Servicios de salud mental.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Puede obtener los servicios de un Centro de salud calificado a nivel federal que participa o no participa de la red.</p>	
<p><b>Programas de educación sobre salud y bienestar</b></p> <p>Programas de apoyo de acondicionamiento físico, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicaciones de centros de acondicionamiento físico.</li> <li>• Equipo y clases de ejercicios.</li> <li>• Piscinas y saunas en determinadas ubicaciones.</li> <li>• Kits de actividades de acondicionamiento físico en el hogar.</li> <li>• Biblioteca de recursos en línea.</li> <li>• Manejo de enfermedades.</li> </ul>	<p>Hable con su administrador de atención médica para obtener más información, visite <a href="http://SilverandFit.com">SilverandFit.com</a> o llame al 1-877-427-4788.</p>



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención para adultos en centros de día.</li> <li>• Servicio de comidas alternativas.</li> <li>• Servicios de vida asistida.</li> <li>• Asistente para la atención domiciliaria del programa Choices (Community and Home Options to Institutional Care for the Elderly - Opciones domiciliarias y comunitarias para la atención institucional de adultos mayores).</li> <li>• Servicios de tareas domésticas.</li> <li>• Integración comunitaria.</li> <li>• Transición comunitaria.</li> <li>• Servicios mejorados para la vida en comunidad.</li> <li>• Asistente para la atención domiciliaria.</li> <li>• Comidas con reparto a domicilio.</li> <li>• Equipos médicos de uso domiciliario y servicios de dispositivos de adaptación y de asistencia complementarios.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Estos servicios están disponibles solo si Medicaid de Ohio determina una necesidad de atención médica a largo plazo.</p> <p>Es posible que usted sea responsable del pago de una obligación como paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que se le cargue una obligación como paciente.</p> <p>Se necesita autorización previa.</p>



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

<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación, mantenimiento y reparación del hogar.</li> <li>• Servicios de ama de llaves.</li> <li>• Asistencia para la vida independiente.</li> <li>• Surtidor de medicamentos.</li> <li>• Recordatorio de medicamentos.</li> <li>• Consulta sobre nutrición.</li> <li>• Servicios de atención de relevo fuera del domicilio.</li> <li>• Servicios de asistencia de cuidados personales.</li> <li>• Servicios de respuesta de emergencias personales.</li> <li>• Control de plagas.</li> <li>• Asesoría de un trabajador social.</li> <li>• Servicios de enfermería de exención.</li> <li>• Servicios de transporte de exención.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Servicios de vida asistida: el servicio está limitado a una visita por año calendario.</p> <p>Asistente para la atención domiciliaria del programa Choices: este servicio no se puede usar de manera simultánea con servicios de atención personal.</p> <p>Transición comunitaria: este servicio está disponible únicamente si usted no puede hacerse cargo de esos gastos o cuando no se pueden obtener los servicios de otras fuentes. Los servicios de transición comunitaria no incluyen gastos de hipoteca o alquiler, alimentos, servicios públicos regulares y/o artículos o electrodomésticos que tienen propósitos puramente recreativos. Usted debería usar este servicio en lugar de, pero no además del servicio de transición comunitaria disponible a través del programa de demostración el Dinero Sigue a la Persona (Money Follows the Person, MFP) de Home Choice de Ohio.</p>
--	---



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p data-bbox="256 285 1062 352"><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación)</b></p> <p data-bbox="500 1591 1084 1623" style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p data-bbox="1175 285 1451 464">Los servicios de transición comunitaria solo están disponibles una vez por inscripción en la exención.</p> <p data-bbox="1175 489 1451 701">Los servicios de respuesta en emergencias (Emergency Response Services, ERS) no incluyen lo siguiente:</p> <ul data-bbox="1175 726 1468 1472" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1175 726 1468 863">• Equipo que le conecta directamente con el 911.</li> <li data-bbox="1175 888 1468 1178">• Equipos como alarma sectorizada o cualquier otro equipo o suministro, independientemente de que el equipo esté conectado al equipo de los ERS.</li> <li data-bbox="1175 1203 1435 1262">• Servicios de monitoreo remoto.</li> <li data-bbox="1175 1287 1468 1472">• Servicios realizados que superen lo que está aprobado por su plan de servicios de exención.</li> </ul>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación)</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo nuevo o reparación de equipo aprobado previamente que ha sido dañado como resultado de mal uso, abuso o negligencia confirmados. Los ERS y los proveedores de dichos servicios deben ser identificados en el plan de servicios de exención.</li> </ul> <p>Equipos médicos de uso domiciliario y dispositivos de adaptación y de asistencia complementarios: los servicios de dispositivos no deben exceder un total combinado de \$10,000 en un año calendario por persona.</p> <p>Modificación del vehículo, modificación de la vivienda, mantenimiento y reparación en la vivienda, con un límite de \$10,000 por servicio. Se requiere autorización previa.</p>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad (continuación)</b></p>	<p>Servicios de cuidados personales: los siguientes servicios no se proporcionan al mismo tiempo que el servicio de asistencia de cuidados personales: comidas entregadas en el hogar, servicio de asistente para la atención domiciliaria, servicio de asistente para la atención domiciliaria del programa Choices, servicios de vida asistida, vida comunitaria mejorada y asistencia para la vida independiente.</p>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios de atención médica domiciliaria.</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de asistencia y/o de enfermería domiciliarios.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios de enfermería privada (también pueden ser proporcionados por un proveedor independiente).</li> <li>• Terapia de infusión domiciliaria para la administración de medicamentos, nutrientes o de otras soluciones por vía intravenosa o enteral.</li> <li>• Servicios de atención médica y sociales.</li> <li>• Equipo y suministros médicos.</li> </ul>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las visitas de asistencia médica en el hogar y de atención privada.</li> <li>• Más de 3 visitas por año de servicios de enfermería especializada en el hogar.</li> <li>• Más de 2 visitas por año de servicios domiciliarios de trabajador social.</li> <li>• Más de 10 visitas por año de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> </ul>



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

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



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

<b>Servicios cubiertos por el plan</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a optar por los cuidados paliativos si su proveedor y director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor.</li> <li>• Atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención domiciliaria.</li> <li>• Atención en centros de enfermería.</li> </ul> <p><b>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos de la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para los servicios que cubre CareSource MyCare Ohio, pero que no tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CareSource MyCare Ohio cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén o no relacionados con su enfermedad terminal. Salvo que se le exija pagar una obligación como paciente por los servicios de un centro de enfermería, usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de CareSource MyCare Ohio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, Cobertura de medicamentos en casos especiales.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Los cuidados paliativos son un beneficio de Medicare pagado por la Parte A de Medicare Original cuando usted cumple con criterios específicos que incluyen la certificación de su médico de que tiene una enfermedad terminal, usted acepta los cuidados paliativos en lugar de la atención médica para curar su enfermedad y firma una declaración en la que elige los cuidados paliativos en lugar de otros beneficios cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal. Si elige recibir los servicios paliativos en un centro de enfermería especializada, su beneficio MyCare Medicaid puede pagar por los servicios de alojamiento y alimentación, y posiblemente se exija que use un centro de la red. Además, es posible sea responsable de pagar la obligación como paciente durante la estadía en un centro de enfermería para cuidados paliativos. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado le hará saber si tiene alguna obligación como paciente.</p>



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

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



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare analizará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. CareSource MyCare Ohio coordinará y/o cubrirá los servicios de trasplante en una ubicación fuera del área de servicio si no hay proveedores dentro del área de servicio y si se obtiene la autorización. Si elige recibir su trasplante allí, coordinaremos y/o cubriremos los costos del viaje y del alojamiento para usted y una persona más si debe viajar a una ubicación fuera del área de servicio.</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios y suministros para la enfermedad renal</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar decisiones correctas respecto de su atención médica.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, Reglas para obtener la atención médica, para acceder a los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para paciente internado si es ingresado como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial.</li> <li>• Capacitación para autoadministrarse diálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).</li> <li>• Equipo y suministros para diálisis en el hogar.</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo domiciliario, como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, para ayudarlo en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” a continuación en esta tabla.</p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Terapia de nutrición médica.</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante renal cuando su médico lo derive.</p> <p>El plan cubre tres horas de servicios de asesoría personalizada durante su primer año en el que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare) y dos horas de servicios de asesoría personalizada cada año posteriormente.</p>	<p>Se requiere autorización previa para suplementos alimenticios, suplementos nutricionales y alimentación enteral de más de 30 latas por mes.</p>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura de conformidad con la Parte B de Medicare. CareSource MyCare Ohio cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran por medio de terapia de infusión mientras usted recibe los servicios de un doctor, servicios como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Medicamentos que tome usando un equipo médico permanente (por ejemplo, nebulizadores) que fue autorizado por el plan.</li> <li>• Factores de coagulación que usted se administre por inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores, si estuvo inscrito en la Parte A de Medicare al momento de un trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento.</li> <li>• Antígenos.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas.</li> <li>• Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluso la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</li> <li>• Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunológica primaria.</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>La terapia escalonada requiere autorización previa basada en los lineamientos para las prácticas clínicas.</p>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <p>El Capítulo 5, Sección A, <i>Cómo obtener sus medicamentos recetados</i>, explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir obtener los medicamentos cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6, Sección C, <i>Usted no paga nada por un suministro de un mes o de largo plazo de medicamentos</i>, explica qué debe pagar por sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p>	
<p><b>Servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desintoxicación ambulatoria.</li> <li>• Evaluación.</li> <li>• Manejo de casos.</li> <li>• Asesoría.</li> <li>• Intervención en crisis.</li> <li>• Programa intensivo para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Análisis de detección de abuso de alcohol/drogas y uroanálisis.</li> <li>• Servicio médico/de enfermedades somáticas.</li> <li>• Administración de metadona.</li> <li>• Medicamentos para el tratamiento de adicciones administrados en el consultorio, incluso vivitrol e inducción a buprenorfina.</li> <li>• Hospitalización parcial.</li> </ul> <p>Consulte “Servicios de salud conductual para pacientes internados” y “Atención de salud mental ambulatoria” para obtener información adicional.</p>	<p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas del programa de internación parcial.</li> <li>• Servicios como paciente internado: refiérase a “Internación”.</li> <li>• Todos los otros servicios, incluidos servicios de tratamiento asertivo comunitario (ACT).</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para visitas psiquiátricas ambulatorias.</p>



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Centros de enfermería y de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada, o una habitación privada si fuese médicamente necesario.</li> <li>• Comidas; incluye dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica, incluso sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación.</li> <li>• Sangre; incluye la conservación y la administración.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería.</li> <li>• Análisis de laboratorio administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Equipo médico permanente, como sillas de ruedas, generalmente suministradas por centros de enfermería.</li> <li>• Servicios proporcionados por médicos/proveedores.</li> </ul> <p>Generalmente recibe la atención de los centros de la red. Sin embargo, quizá pueda recibir la atención de un centro fuera de la red. Puede recibir atención en un centro de enfermería de Medicaid si el sitio acepta los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una residencia geriátrica o una comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía en la fecha en que se afilió a CareSource MyCare Ohio.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>Quizás sea responsable del pago de una obligación como paciente por los costos de habitación y de alojamiento que derivan de los servicios del centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted contraiga una obligación como paciente.</p> <p>Cuando la atención está cubierta por Medicaid, generalmente usted no paga nada por los servicios cubiertos. Sin embargo, es posible que tenga que pagar una "obligación como paciente". Una obligación como paciente es un costo que debe pagar por algunos servicios a largo plazo. Los servicios adicionales que pueden estar sujetos a obligaciones como paciente incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadía en una institución médica.</li> <li>• Estadía en un centro de atención a largo plazo.</li> <li>• Estadía en un centro de vida asistida.</li> </ul>



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</b></p> <p>Usted puede obtener atención en centros de enfermería de Medicaid en los siguientes lugares, si dichos centros aceptan los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una residencia geriátrica o comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención como centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted se va del hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad.</li> </ul> <p>Su obligación como paciente durante un mes se basa en sus ingresos. Hay deducciones que pueden disminuir su obligación como paciente. Su asistente social del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado le indicará si sus ingresos significan que debe pagar este costo.</p> <p>El monto de la obligación como paciente será el mismo todos los meses. Solo cambiará si hay una actualización de sus ingresos o deducciones.</p> <p>No pagará una obligación como paciente por los días cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios de enfermería y de centros de enfermería especializada requieren autorización previa.</p>



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

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



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

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



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Los afiliados recibirán \$100 de crédito cada tres meses para comprar artículos de un catálogo de pedido por correo. El crédito de \$100 trimestrales <b>no</b> se acumula para el trimestre siguiente.</p>	
<p><b>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de cirugía o de atención médica en lugares como un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o un departamento ambulatorio de hospital.</li> <li>• Consultas, diagnósticos y tratamiento por un especialista.</li> <li>• Determinados servicios de telesalud adicionales, incluso entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terapia de nutrición médica.</li> <li>○ Asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco.</li> <li>○ Evaluación diagnóstica psiquiátrica.</li> <li>○ Visita en consultorio u otra visita ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo.</li> </ul> </li> <li>• Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elije recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca servicios de telesalud.</li> <li>• Con los servicios de telesalud, usted puede hablar con un médico y recibir tratamientos a través de una conexión interactiva de audio y video segura, soportada por el uso de dispositivos de comunicación móviles, tales como teléfonos inteligentes, tabletas y computadoras personales. El servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los feriados.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Algunos servicios de telesalud, incluso la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional para pacientes de ciertas zonas rurales o que viven en otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>● Los servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) para realizarle diálisis domiciliaria a afiliados en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado.</li> <li>● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral.</li> <li>● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su proveedor por 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los 7 días anteriores <b>y</b></li> <li>○ el control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> <li>● Evaluación de videos y/o imágenes que le envía a su médico y la interpretación y seguimiento de su médico dentro de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los 7 días anteriores <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> <li>● Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registros electrónicos de salud si no es un paciente nuevo.</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención odontológica no rutinaria. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas;</li> <li>○ ajuste de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales;</li> <li>○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico; o</li> <li>○ servicios que estarían cubiertos si fuesen proporcionados por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Servicios de podiatría.</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie, de los músculos y los tendones de la pierna que controlan el pie y de lesiones superficiales de la mano, excepto aquellas asociadas con traumatismos.</li> <li>• Atención de rutina de los pies para afiliados con problemas que afectan las piernas, tales como diabetes.</li> </ul>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o parte de un miembro o de una función del cuerpo. A continuación le brindamos ejemplos de dispositivos protésicos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsas de colostomía y materiales relacionados con la atención de la colostomía.</li> <li>• Marcapasos.</li> <li>• Soportes.</li> <li>• Zapatos ortopédicos.</li> <li>• Piernas y brazos artificiales.</li> <li>• Prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico luego de una mastectomía).</li> <li>• Dispositivos dentales.</li> </ul> <p>El plan también cubre ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidados de la vista” en la página 99 de esta sección, para obtener más detalles.</p>	<p>Se requiere autorización previa si los cargos facturados son superiores a \$500.</p>



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

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



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

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



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

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



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Transporte para servicios que no sean de emergencia (consulte también “Servicios de ambulancia o de camioneta adaptada para sillas de ruedas”)</b></p> <p>CareSource MyCare Ohio ofrece servicios de transporte si son necesarios. Cubrimos hasta 30 viajes de ida y vuelta por afiliado por año calendario para cualquier cita de atención médica, cita para el programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) o cita de reevaluación. Para coordinar un viaje, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). Llame tan pronto como sepa que necesita un viaje. Llame para organizar el transporte con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación.</p> <p>Si vive en un centro de cuidados a largo plazo y requiere asistencia médica en el transporte, una persona que trabaje en su centro puede programar el transporte por usted.</p> <p>Si debe viajar una distancia de 30 millas o más desde su hogar para recibir los servicios de atención médica cubiertos, CareSource MyCare Ohio le proporcionará transporte hacia y desde el consultorio del proveedor.</p> <p><b>Nota:</b> Además de la ayuda con el transporte que ofrece CareSource MyCare Ohio, usted también puede obtener asistencia con el transporte para determinados servicios a través del programa de Servicios de transporte que no se considera de emergencia (Non-Emergency Transportation o NET). Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado local si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de NET.</p>	



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

Servicios cubiertos por el plan	Limitaciones y excepciones
<p><b>Atención médica necesaria de urgencia</b></p> <p>La atención médica necesaria de urgencia es atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un caso que no es de emergencia, o</li> <li>• una enfermedad médica repentina, o</li> <li>• una lesión, o</li> <li>• una condición que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención médica necesaria de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. No obstante, usted puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda conseguir a un proveedor de la red.</p> <p>No se cubre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	



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

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



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

---

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

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

- Si se trata de una emergencia:
  - Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Si no se trata de una emergencia:
  - Llame a su PCP para obtener ayuda y saber qué hacer.
- Si no está seguro de si se trata de una emergencia:
  - Llame a su PCP o
  - Llame a CareSource 24, nuestra Línea de asesoría en enfermería. El número de teléfono es 1-866-206-7861 (TTY: 1-800-750-0750 o 711). Podemos ayudarle a decidir qué hacer.

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

---

## F. Beneficios cubiertos fuera de CareSource MyCare Ohio

Los siguientes servicios no están cubiertos por CareSource MyCare Ohio pero están disponibles a través de Medicare. Llame a Servicios para Afiliados para conocer los servicios que no cubre CareSource MyCare Ohio, pero que están disponibles a través de Medicare.

### F1. Cuidados paliativos

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

Esta sección le indica qué tipos de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

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

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otra parte del *Manual del Afiliado*) excepto bajo las condiciones específicas incluidas en la lista. Medicare y Medicaid tampoco los cubrirán. Si usted cree que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, *Decisiones de cobertura y apelaciones*.

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



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

- Servicios considerados como “no razonables ni necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que nuestro plan indique estos servicios como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección J, *Cobertura de los servicios de atención médica cubiertos cuando participa de un estudio de investigación clínica* para obtener más información. Los tratamientos y equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y esté cubierto por Medicare.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesaria.
- Artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Custodia de pacientes internados en un hospital.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejoramiento voluntario o electivo (incluye pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, rendimiento mental y contra el envejecimiento), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción del seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que coincidan.
- Atención quiropráctica, excepto el diagnóstico mediante radiografías y manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación consistente con las directrices sobre la cobertura de Medicare y Medicaid.
- Atención podológica de rutina, excepto la cobertura limitada provista de acuerdo con los lineamientos de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.



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

- Servicios de tratamientos de la infertilidad para hombres y mujeres.
- Esterilización voluntaria, si es menor de 21 años o se lo considera jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento para el procedimiento.
- Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, de un incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de naturopatía (que usa tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios provistos para veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA).
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia).



---

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

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

---

### Introducción

En este capítulo se explican las reglas para obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos medicamentos son los que su proveedor ha solicitado que usted recoja en una farmacia o los pida por correo postal. Entre estos medicamentos se incluyen aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

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

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que se le suministran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que un médico u otro proveedor le pueden suministrar durante una consulta y medicamentos que se le pueden proporcionar en un centro de diálisis. Si desea obtener más información acerca de cuáles son los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios que aparece la Sección D del Capítulo 4, *Tabla de beneficios*.

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

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

1. Deberá solicitarle a un médico o a otro proveedor que le prescriba su receta. Generalmente, esta persona es el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o también puede ser otro proveedor.
2. Por lo general, deberá usar los servicios de una farmacia de la red para surtir su receta.
3. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, a esta lista se le denomina "Lista de medicamentos".
  - Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos, tal vez podamos cubrirlo haciendo una excepción.
  - Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte la Sección F del *Capítulo 9, Medicamentos de la Parte D*.



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

4. Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por un médico. Esto significa que el uso de del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o cuenta con el respaldo de determinadas referencias médicas.

## Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....	107
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red .....	107
A2. Cómo utilizar su tarjeta de ID del afiliado para surtir una receta .....	107
A3. Qué hacer si cambia la receta a otra farmacia de la red.....	107
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.....	107
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada .....	107
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos.....	108
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	110
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan.....	110
B. Lista de medicamentos del plan.....	111
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	111
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	111
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos.....	112
B4. Niveles de la Lista de medicamentos.....	113
C. Límites sobre determinados medicamentos .....	113
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto .....	114
D1. Cómo obtener un suministro temporal .....	115
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	117
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	120
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan .....	120



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

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo ..... 120

F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare ..... 120

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos ..... 121

G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos en forma segura..... 121

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos..... 121

G3. Programa para el manejo de medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides en forma segura..... 122



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

---

## A. Cómo surtir sus recetas

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

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

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

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

Si desea surtir su receta, **muestre su tarjeta de ID del afiliado** en la farmacia de la red. Esta farmacia facturará al plan por el costo del medicamento con receta que ha sido cubierto.

Cuando vaya a la farmacia a surtir su receta, **siempre** muestre su tarjeta de ID del afiliado para evitar cualquier inconveniente. Si no tiene esta tarjeta consigo al momento de surtir la receta, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información que se requiera.

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

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

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

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

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

Si la farmacia cuyos servicios ha estado usando abandona la red del plan, usted deberá encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red.

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

### A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

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



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

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

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

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

Para algunos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo del plan. Generalmente, los medicamentos que se proporcionan a través de los servicios de pedido por correo son medicamentos que usted toma regularmente para alguna enfermedad crónica o una a largo plazo. Los medicamentos disponibles gracias a estos servicios están marcados como “MO” (mail-order drug) en nuestra Lista de medicamentos.

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

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

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

Normalmente, usted recibirá una receta que haya pedido por correo dentro de un plazo de 7 a 10 días. No obstante, en ocasiones, este pedido puede retrasarse. Si la entrega de su medicamento no se diera en un plazo de 10 días, comuníquese con Servicios para Afiliados para que puedan verificar el estado de su receta. Si el pedido está con retraso, puede acudir a la farmacia para acceder a un surtido por única vez. Si el medicamento requiere una autorización previa, nuestra farmacia que ofrece los servicios de pedidos por correo se pondrá en contacto con su médico. Si la receta se rechazara o el medicamento estuviera agotado, nuestra farmacia se comunicará con usted para coordinar la entrega de un suministro para dos semanas a través de una farmacia minorista de su localidad. Para obtener más información acerca del servicio de pedidos por correo, visite nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) o llame al Departamento de Servicios para Afiliados.



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

## Procesos para los pedidos por correo

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

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

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

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

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

- ha utilizado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado; o
- se ha inscrito para la entrega automática de todas las recetas nuevas que reciba directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al contactarse con Servicios para Afiliados.

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

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

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

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

### 3. Reposiciones de recetas a través del pedido por correo

Para reposiciones de medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposiciones automáticas. Con este programa, comenzaremos a procesar la siguiente reposición de forma



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

automática cuando nuestros registros nos indiquen que está próximo a quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar las próximas reposiciones que se hayan programado en caso de que ya tenga suficientes medicamentos o haya cambiado de medicamento.
- Si decide no utilizar nuestro programa de reposiciones automáticas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acaben los medicamentos para asegurarse de que su siguiente pedido se le envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que automáticamente prepara pedidos de las reposiciones por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados.

De este modo, la farmacia podrá comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de realizar el envío; asegúrese de hacerle saber a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. La farmacia puede tener varias formas para que pueda contactarse con ellos. Puede llamar al 1-800-354-3903, el teléfono para los pedidos por correo de la farmacia, para averiguar cuál es la opción que más le conviene a usted y hacerles saber su preferencia.

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

Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo que encontrará en nuestra Lista de medicamentos del plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos medicamentos que toma con frecuencia para alguna enfermedad crónica o una a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará cuáles farmacias pueden ofrecerle suministros a largo plazo para medicamentos de uso continuo. Si desea obtener información, llame a Servicios para Afiliados.

Para algunos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red que ofrece el plan para obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Si desea obtener más información sobre los servicios de pedido por correo, consulte la sección anterior, Sección A6, *Cómo usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos*.

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

Por lo general, asumimos el costo de medicamentos surtidos en una farmacia que no pertenece a la red únicamente cuando usted no pueda acceder a una farmacia de nuestra red. Contamos con farmacias que forman parte de esta red y se encuentran fuera de nuestra área de servicio y donde podrá surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

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



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

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

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

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

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

---

## B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, a esta lista se le denomina “Lista de medicamentos”.

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

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté dentro de esta lista, siempre que siga las reglas que se explican en este capítulo.

### B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

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

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca. Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, tienen el mismo efecto que los medicamentos de marca y, usualmente, cuestan menos.

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

Nuestro plan también cubre determinados productos y medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y tienen el mismo efecto. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

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

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



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

- Revisar la Lista de medicamentos más actualizada que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan, en [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare). La Lista de medicamentos, disponible en el sitio web, siempre será la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de esta lista.

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

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

CareSource MyCare Ohio no asumirá el costo de los medicamentos que figuren esta sección. A estos medicamentos se les denomina **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección F del Capítulo 9, *Medicamentos de la Parte D*.)

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

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

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

- Medicamentos para estimular la fertilidad.
- Medicamentos con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.



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

- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o para recuperar peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía fabricante de tales medicamentos indica que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle los servicios.

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

Todos los medicamentos que forman parte de la Lista de medicamentos del plan están en uno de 3 niveles. Por lo general, un nivel se refiere a un grupo de medicamentos del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos y es el nivel más bajo.
- El Nivel 2 incluye los medicamentos de marca.
- El Nivel 3 nivel incluye los medicamentos que no son de la Parte D cubiertos por el beneficio de Medicaid. Este nivel es el más alto.

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

En la Sección C del Capítulo 6, *Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo* se le explica cuánto paga por los medicamentos en cada nivel.

---

### **C. Límites sobre determinados medicamentos**

En el caso de algunos medicamentos recetados, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Por lo general, nuestras reglas recomiendan obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que, además, sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor utilice el medicamento de menor costo.

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

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

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



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

Generalmente, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y, normalmente, tiene un menor costo. En caso de que exista una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias pertenecientes a la red le proporcionarán la versión genérica.

- Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando una versión genérica esté disponible.
- Sin embargo, si usted o su proveedor consideran que debería acceder a un medicamento de marca, su proveedor debería dar inicio a la determinación de cobertura.

## 2. **Cómo obtener una aprobación anticipada del plan**

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

## 3. **Probar primero un medicamento diferente**

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

Si el Medicamento A no muestra los resultados esperados, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. A esto se le denomina terapia escalonada.

## 4. **Límites a la cantidad del medicamento**

En caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. A esto se le denomina límites a la cantidad del medicamento. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento cada vez que surta la receta.

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

---

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

Intentamos que esté satisfecho con la cobertura de sus medicamentos, pero algunas veces un medicamento podría no estar cubierto en la forma que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El plan no cubre el medicamento que usted desea. Es posible que este medicamento no esté en la Lista de medicamentos. Una versión genérica del medicamento podría estar cubierta,



---

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

pero la versión del medicamento de marca no lo está. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos evaluado para su seguridad y eficacia.

- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o límites para la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, Sección C, *Límites sobre determinados medicamentos*, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o quien prescriba la receta tal vez deseen solicitar una excepción a la regla.

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

### **D1. Cómo obtener un suministro temporal**

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
  - ya no está en la Lista de medicamentos del plan,
  - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan,
  - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones descritas a continuación:
  - Estuvo en el plan el año pasado.
    - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
    - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
    - Si su receta es por menos días, autorizaremos múltiples reposiciones para cubrir hasta un máximo de 30 días del medicamento. Deberá surtir la receta en una farmacia de la red.
    - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desaprovechamiento.
  - Es nuevo en el plan.



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

- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan.**
- Este suministro temporal será por hasta 30 días.
- Si su receta es por menos días, autorizaremos reposiciones múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días del medicamento. Deberá surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desaprovechamiento.
- Ha estado en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está escrita para menos días. Esto es además del anterior suministro temporal.
  - Los afiliados residentes en un centro de atención a largo plazo reciben un suministro hasta para 31 días, a menos que el afiliado presente una receta escrita para menos de 31 días y, tenga derecho a obtener reposiciones durante el período de transición. Este período se refiere a los primeros 90 días de afiliación al plan y comienza en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado o cuando se le haya admitido a un centro de atención a largo plazo que se considere apto. Además, a los afiliados que residan en un centro de atención a largo plazo se les permite un suministro para 31 días cuando haya ocurrido un cambio adecuado en el nivel de atención, que afecte la capacidad del afiliado de obtener un medicamento de la Parte D que no esté en el formulario; por ejemplo, cuando vence la cobertura de la Parte A de un afiliado. El administrador de beneficios de farmacia de CareSource MyCare Ohio verificará el cambio en el nivel de atención cuando confirme la fecha de admisión del afiliado y la clase de centro en el que el afiliado residirá. Los centros de vida asistida, hogares de ancianos u otros hogares de grupo no especializados no se consideran como centros institucionales y, por lo tanto, no califican para los protocolos de transición de atención médica a largo plazo.
  - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que sea adecuado para usted.

Llame a Servicios para Afiliados para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.



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

## O

- Puede pedir que se haga una excepción.

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

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

- Le mantendremos informado sobre cualquier cambio en la cobertura de este medicamento para el próximo año. Podrá solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento de la forma que usted quisiera el próximo año.
- Responderemos su solicitud para una excepción dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que prescriba sus recetas).

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

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

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se presenta el 1 de enero, pero CareSource MyCare Ohio puede agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el transcurso del año. También podemos modificar las reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir que se requiera o no la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso que CareSource MyCare Ohio otorga antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado “límites a la cantidad del medicamento”);
- Agregar o cambiar las restricciones en la terapia escalonada de un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar con un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).



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

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

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

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

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

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

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

- **Cuando un medicamento genérico nuevo está disponible.** En ocasiones, a medicamento genérico nuevo sale a la venta y es tan efectivo como un medicamento de marca que está ahora en la Lista de medicamentos. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero se mantendrá el costo para el medicamento nuevo.

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

- Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
- Usted o su proveedor pueden solicitar que se haga una “excepción” respecto de estos cambios. Le enviaremos un aviso que incluirá los pasos a tomar para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual, si desea obtener más información sobre excepciones.
- **Cuando un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) establece que un medicamento que usted está tomando no se considera seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo retiraremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando este medicamento, se lo haremos



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

saber. También se le informará a su proveedor acerca de este cambio y él/ella, junto con usted, encontrarán otro medicamento para tratar su afección médica.

**Es posible que implementemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le informaremos con anticipación sobre estos cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- la FDA brinda nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado; **y**
  - reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos; **o**
  - cambiamos los límites o las reglas de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

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

Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro profesional que le prescriba la receta. Él/ella podrán ayudarlo a decidir:

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

**Es posible que los cambios no afecten los medicamentos que esté tomando ahora.** En cuanto a estos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos **a inicios** del año, por lo general, no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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



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

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

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

Comúnmente, un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos, cuenta con su propia farmacia o una que proporciona medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, si es que esta forma parte de nuestra red.

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

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

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

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

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para impedir demoras en una farmacia cuando se termine su beneficio del centro de cuidados paliativos que le otorga Medicare, debe llevar documentación a la farmacia que confirme que ha dejado el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D.



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

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

---

## G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

- Podrían no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Podrían no ser seguros o apropiados para su edad o sexo.
- Podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo.
- Tengan ingredientes que producen o puedan producir una reacción alérgica.
- Tengan cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor.

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

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

Si toma medicamentos para afecciones médicas diferentes o está inscrito en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo alguno, a través de un programa de gestión de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa le ayudará a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén ayudando a mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral a todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

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

Recibirá un resumen por escrito de este análisis. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para tomar sus medicamentos de la mejor manera. También recibirá una lista de medicamentos personalizada que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo



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

de cada uno. Además, recibirá información acerca de la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

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

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

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

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

CareSource MyCare Ohio cuenta con un programa que puede ayudar a los afiliados con el uso seguro de sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se suele hacer un uso indebido. A este programa se le denomina programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos opioides y los recibe de diversos médicos o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podríamos conversar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de estos medicamentos sea adecuado para usted y médicamente necesario. Si al trabajar junto a sus médicos, determinamos que el uso de los medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podríamos limitar la forma en que reciba esos medicamentos. Entre los límites se podrían incluir:

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

Si consideramos que se le debería aplicar más de un límite a su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En esta carta se le explicarán los límites que estimamos deben aplicarse.

**Usted tendrá la oportunidad de hacernos saber cuáles médicos o farmacias preferiría usar y cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos.** Si decidimos limitar la cobertura para estos medicamentos después de que haya tenido la opción de respuesta, le enviaremos otra carta donde se le confirmará estos límites.

Si considera que hemos cometido un error, está en desacuerdo que se encuentra en riesgo respecto del uso indebido de su receta médica o inconforme sobre el límite, usted o quien prescriba la receta pueden presentar



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

una apelación. Si la presenta, someteremos su caso a revisión y le comunicaremos nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con los límites para acceder a estos medicamentos, enviaremos de forma automática su caso a una entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE). (Para recibir información sobre cómo presentar una apelación y averiguar más sobre la IRE, consulte la Sección D del Capítulo 9, *Decisiones de cobertura y apelaciones*).

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

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



---

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

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

---

### Introducción

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

- medicamentos recetados de la Parte D de Medicare; y
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

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

**Ayuda adicional (Extra Help)** es un programa de Medicare diseñado para ayudar a personas de bajos y limitados recursos a reducir los costos por los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare como primas, deducibles y copagos. A la Ayuda adicional también se le denomina “Subsidio para bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS).

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

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

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
  - A esto se le denomina la “Lista de medicamentos” y le indica:
    - qué medicamentos paga el plan;
    - en cuál de los tres niveles se encuentra cada medicamento; y
    - si existe algún límite sobre los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar esta lista en nuestro sitio web, [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare). La Lista de Medicamentos disponible en el sitio web siempre es la más actualizada.
- El Capítulo 5 del *Manual del afiliado*.



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

- En el Capítulo 5 se le indica cómo obtener los medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través del plan.
- En este capítulo se incluyen las reglas que debe cumplir y también le muestra los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
  - En la mayoría de casos, deberá usar una farmacia que forme parte de la red para cubrir los medicamentos recetados. Las farmacias de la red son aquellas farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información acerca de estas farmacias en la Sección A del Capítulo 5, *Cómo surtir sus recetas*.

## Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB) .....	126
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos .....	126
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo .....	127
C1. Los niveles del plan.....	127
C2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo .....	127
C3. Lo que usted paga .....	127
D. Vacunas .....	128
D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna .....	129



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

---

## A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

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

- Los **costos de desembolso directo**. Este es el importe que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas médicas.
- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el importe que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas médicas, además del importe que paga el plan.

Cuando recibe sus medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un informe que llamamos la *Explicación de beneficios* y se abrevia EOB (por sus siglas en inglés). La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que toma e incluye:

- **Información mensual**. Este informe muestra los medicamentos recetados que ha recibido y el costo total de dichos medicamentos, el importe que el plan asumió y aquel que usted y otros en su nombre asumieron.
- **Información del “año hasta la fecha”**. Este es el costo total de los medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

---

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

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos, los pagos que usted realice y aquellos que Medicare realice en su nombre, manejamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de las siguientes formas:

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

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

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

Proporcionémos copias de los comprobantes de pago de aquellos medicamentos por los que usted ha pagado. Debe darnos copias de estos comprobantes cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.



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

Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su receta, consulte la Sección A del Capítulo 7, *Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos* si desea obtener información acerca de lo que debe hacer.

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

Cuando reciba una *Explicación de beneficios* por correo postal, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que hay algo erróneo o falta en el informe, o si tiene alguna inquietud, llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de conservar estos informes; son un registro importante de los gastos de sus medicamentos.

---

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

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

### C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos. Cada medicamento que figura en esta lista se incluye en uno de tres (3) niveles. No existen copagos para medicamentos recetados ni de venta libre (OTC) que formen parte de la Lista de medicamentos de CareSource MyCare Ohio. Si desea encontrar los niveles de sus medicamentos, puede buscarlos en esta lista.

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

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro hasta para 90 días. Un suministro a largo plazo no significa costo alguno para usted.

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

### C3. Lo que usted paga

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



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

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

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

## D. Vacunas

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

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.



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

2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, puede recibir la vacuna como inyectable administrado por su médico.

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

Le recomendamos que llame primero a Servicios para Afiliados cada vez que esté considerando recibir una vacuna.

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



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

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

---

### Introducción

En este capítulo se le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para el pago correspondiente. También le explica cómo presentar una apelación, si no está conforme con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones figuran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

### Índice

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos .....	131
B. Cómo evitar inconvenientes de pago .....	132



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

---

## A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por medicamentos o servicios proporcionados dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por los servicios y medicamentos que usted haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, llame a Servicios para Afiliados o envíenos la factura.** Si desea enviarnos una factura, consulte el punto 2 a continuación.

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

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

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

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

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

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

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

Los proveedores de la red deberán siempre facturar al plan por aquellos servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de ID del afiliado cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Una



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

facturación indebida ocurre cuando un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le envía a usted una factura por un importe superior al importe correspondiente al de repartición de costos del plan por sus servicios. **Llame a Servicios para Afiliados si recibe alguna factura.**

- Debido a que CareSource MyCare Ohio asume el costo total de los servicios proporcionados, usted no es responsable de ningún pago. Los proveedores no deben facturarle por ninguno de estos servicios.
- Cuando reciba una factura por parte de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y comprobante(s) de cualquier pago que haya realizado. Trabajaremos con el proveedor para reembolsarle el monto que haya pagado por los servicios cubiertos.

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

- Nosotros cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones de emergencia. Consulte la Sección H del Capítulo 3, *Cómo cubrir servicios ante una emergencia médica o necesidad de atención urgente o durante una catástrofe*, para conocer detalles de las situaciones de emergencia para las que se podría usar una farmacia fuera de la red. Los ejemplos incluyen cuando no se puede obtener un medicamento en una farmacia de la red y no tiene acceso a medicamentos de la Parte D en una farmacia fuera de la red de manera periódica.

Puede comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o su administrador de atención médica al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si se le está solicitando que pague por algún servicio, recibe una factura o si tiene alguna duda. Puede usar el formulario de la página 218 o solicitar a Servicios para Afiliados que le envíe un formulario en caso de que desee enviarnos información acerca de la factura. También puede enviarnos esta información a través del sitio web <https://www.CareSource.com/oh/members/tools-resources/grievance-appeal/MyCare/>.

---

## B. Cómo evitar inconvenientes de pago

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

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



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

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

- Las excepciones a esta regla son las siguientes:
  - si necesita servicios de emergencia o urgencia fuera de la red; o
  - si obtiene servicios en centros de salud calificados a nivel federal, clínicas de salud rurales y por parte de proveedores de planificación familiar que figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, solicite al proveedor que le envíe la factura a CareSource MyCare Ohio.
  - Si el proveedor fuera de la red está aprobado por CareSource MyCare Ohio, usted no debe pagar nada.
  - Si el proveedor fuera de la red no le envía la factura a CareSource MyCare Ohio y usted paga el servicio, llame a Servicios para Afiliados a la brevedad posible para informármolo.
- Recuerde que, en la mayoría de situaciones, deberá obtener la aprobación del plan antes de que pueda acudir a consulta con un proveedor que no pertenezca a la red. Por lo tanto, a menos que requiera atención de emergencia o atención médica de urgencia, se encuentre en su período de transición de la atención o el proveedor no requiera la autorización previa, como se indica anteriormente, es posible que no paguemos por servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red.

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

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

Consulte la Sección B del Capítulo 3, *Reglas para recibir servicios de atención médica, salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan* si desea información sobre las reglas para acceder a servicios médicos, salud conductual, entre otros servicios.

Consulte la Sección A del Capítulo 5, *Cómo surtir sus recetas*, si necesita información sobre las reglas para recibir sus medicamentos como paciente ambulatorio.

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

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



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

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

Si olvidó su tarjeta de identificación (ID) del afiliado, solicite al proveedor que entre en línea en [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare) o llame al 1-800-488-0134. Si su tarjeta se dañó, perdió o ha sido robada, llame a Servicios para Afiliados de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.



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

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

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

### Índice

A. Avisos legales .....	137
A1. Avisos sobre las leyes .....	137
A2. Aviso sobre no discriminación.....	137
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario .....	137
B. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades.....	137
C. Nuestra responsabilidad en asegurarnos de que obtenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	138
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) .....	140
D1. Cómo protegemos su PHI.....	140
D2. Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos .....	140
E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	147
F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente a usted .....	148
G. Su derecho a obtener cobertura de Medicare y de la Parte D de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio.....	148
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	149
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica .....	149
H2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo.....	150



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

H3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas anticipadas..... 154

I. Su derecho a hacer reclamaciones y a solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado..... 154

    I1. Qué debe hacer si cree que no está recibiendo un trato justo o si desea más información sobre sus derechos ..... 155

J. Sus responsabilidades como afiliado al plan..... 155



---

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

---

## A. Avisos legales

### A1. Avisos sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican al *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes que principalmente se aplican a este manual son las leyes federales a los programas de Medicare y Medicaid además de las leyes de cada estado al programa de Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

### A2. Aviso sobre no discriminación

Cada compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe respetar las leyes de protección contra la discriminación y el trato injusto. Nuestras acciones no son discriminatorias ni nuestros tratos varían según la edad, experiencia de reclamos, color, etnia, comprobación de elegibilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-888-278-7101.

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

### A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, otra persona debe pagar primero los servicios que usted recibe. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el centro de trabajo, el seguro o la Compensación a los trabajadores deben pagar primero.

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

---

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

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



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

- Si desea obtener información de una manera fácil de comprender, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro plan cuenta con personal disponible para responder sus inquietudes en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle material en otros idiomas, además del inglés, y en formatos como caracteres grandes, sistema Braille o audio. Algunos materiales impresos están disponibles en español. Si desea recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en otro formato, comuníquese con el Departamento de Servicios para Afiliados. Llevaremos un registro de esa solicitud. Si necesita ayuda o necesita modificar su solicitud, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o alguna discapacidad y desea presentar una reclamación, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

Español:

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

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Afiliados.
- Nuestro plan cuenta con personal que puede responder sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas además del inglés y en formatos como letras grandes, en sistema Braille o en audio.
  - Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas del idioma o alguna discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

---

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

Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar para que usted puede recibir atención fuera de la red.



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

Como afiliado a nuestro plan:

- Tiene el derecho de recibir todos los servicios que CareSource MyCare Ohio debe proveer y de elegir al proveedor que le ofrezca la atención cuando sea posible y pertinente.
- Tiene derecho a estar seguro de que otras personas no puedan escuchar ni presenciar el momento en que reciba atención médica.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que pertenezca a la red del plan. Un proveedor de la red es aquel que trabaja con el plan de salud. Podrá encontrar más información acerca de la elección de un PCP en la Sección D del Capítulo 3, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y otros proveedores fuera de la red.*
  - Llame a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y cuáles médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene el derecho de acudir a un especialista en salud femenina perteneciente a la red si desea recibir servicios de atención para la mujer sin necesidad de una derivación. Una derivación es una aprobación por parte del PCP para tener una consulta con alguien que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un lapso de tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos por parte de los especialistas.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia sin autorización previa.
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene el derecho a saber cuándo podrá ir a consulta con un proveedor fuera de la red. Si desea información sobre los proveedores que no pertenecen a la red, consulte la Sección D del Capítulo 3, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y otros proveedores fuera de la red.*

En la Sección D del Capítulo 9, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, se le muestra lo que puede hacer si considera que no tiene acceso a servicios o medicamentos dentro de un lapso de tiempo razonable. La Sección D del Capítulo 9, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, también le indica lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está conforme con nuestra decisión.



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

---

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

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

- Su PHI incluye la información que usted nos proporcionó al afiliarse a este plan. También incluye los expedientes médicos además de otra información médica y de salud.
- Tiene derecho a que se le garantice el manejo confidencial de la información con respecto a sus diagnósticos, tratamientos, pronósticos y antecedentes médicos y sociales.
- Tiene derecho a obtener información y a controlar el uso de su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que informa sobre tales derechos. A este aviso se le denomina “Aviso de prácticas de privacidad”, donde también se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### D1. Cómo protegemos su PHI

Tiene derecho a recibir información acerca de su salud. Esta información también puede estar a disposición de una persona a quien usted haya designado legalmente para conservar dicha información o con quien se deba contactar en caso de una emergencia, en caso de que se considere que brindársela a usted no es lo mejor para su salud.

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni modificar sus expedientes.

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

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

- Estamos obligados a divulgar la PHI a las agencias gubernamentales encargadas de verificar la calidad de la atención.
- Estamos obligados a proporcionar la PHI a Medicare. Si Medicare divulgase su PHI con fines de investigación u otros, se hará de acuerdo con las leyes federales.

### D2. Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos

Tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos y obtener una copia de tales expedientes. También se nos permite cobrar una tarifa por hacer una copia de su expediente médico, si no tiene como objetivo transferirlos a un nuevo proveedor.



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

Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted nos lo pide, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben efectuarse.

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

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

### **Prácticas de privacidad**

**En este aviso se describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica. También se le indica cómo puede obtener esta información.** Revíselo detenidamente. En este aviso, nos referiremos a nosotros simplemente como “CareSource”.

### **Sus derechos**

#### **En lo que se refiere a la información médica, tiene algunos derechos:**

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones. También puede obtener otro tipo de información médica suya que tengamos. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamaciones. Por lo general, lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa justa basada en los costos.

Solicitar que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede solicitarnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones si considera que son erróneos o están incompletos. Consúltenos cómo hacerlo.
- Nosotros podemos dar un “no” como respuesta a su solicitud. Si lo hacemos, le explicaremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones privadas

- Los afiliados pueden pedirnos que nos comuniquemos con ellos de una forma específica, por ejemplo, a través del teléfono residencial o de la oficina. También pueden pedir que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos dar un “sí” como respuesta si nos indica que sería peligroso para usted no hacerlo.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

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



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

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

- Puede pedirnos una lista (informe) de todas aquellas veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a seis años antes de la fecha en que la solicita. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:
  - la atención;
  - los pagos;
  - actividades de atención médica; y
  - algunas otras divulgaciones (por ejemplo, alguna que nos haya solicitado hacer).
- Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le haremos llegar una copia impresa a la brevedad.

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

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

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

- Puede presentar una reclamación si considera que hemos vulnerado sus derechos al comunicarnos con usted. Use la información que figura al final de este aviso.
- Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights), enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una reclamación y tampoco podemos exigirle que no haga uso de su derecho de presentar una reclamación como condición para:
  - la atención;
  - el pago;
  - la inscripción en un plan de salud; o
  - la elegibilidad para los beneficios.



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

## Sus opciones

Para determinada información médica, puede indicarnos sus preferencias acerca de lo que compartimos. Si tiene una idea clara sobre la manera en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos y seguiremos sus indicaciones.

### 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 es capaz de indicarnos su preferencia, por ejemplo si estuviera inconsciente, podremos continuar y compartir su información si consideramos que es lo más conveniente para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

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

- fines de comercialización
- venta de su información
- divulgación de notas de psicoterapia

## Consentimiento para compartir la información médica

CareSource comparte su información médica, que incluye información médica sensible (Sensitive Health Information, SHI). La SHI puede tratarse de información relacionada con el tratamiento contra el consumo de alcohol/drogas, resultados de pruebas genéticas, VIH/SIDA, salud mental, enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades transmisibles/otras enfermedades que representen un peligro para la salud. Esta información se comparte con el fin de prestarle atención médica y tratamiento o ayudarlo con los beneficios. También se comparte con sus proveedores que le prestaron atención médica en el pasado, le prestan atención en el presente y se la prestarán en el futuro. También se comparte con el Intercambio de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Un HIE le permite a los proveedores acceder a la información que CareSource tiene de los afiliados. Si no desea que su información médica (incluida la SHI) se comparta, no la compartiremos con proveedores responsables de su atención y tratamiento ni tampoco para la asistencia con beneficios. Se compartirá con aquel proveedor que le brinde tratamiento para una SHI específica. Si no aprueba que esto se comparta, es posible que todos los proveedores involucrados en su atención tampoco puedan manejar su atención de la manera que pudieran si usted autorizara esta divulgación.

## Otros usos y divulgaciones

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



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

Para ayudarlo a recibir tratamiento médico

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

Para administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para el funcionamiento normal de nuestra empresa y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podremos usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni tampoco 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 organizaciones externas a fin de que nos puedan ayudar con nuestras operaciones. Esos grupos externos incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. También les exigimos que mantengan su información médica de manera confidencial.*

Para pagar por su atención médica

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

**¿De qué otras formas usamos o compartimos su información médica?** Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras formas. Estas formas, por lo general, son para ayudar al bien social, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales para poder compartir su información por estos motivos. Si desea obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

Para ofrecer ayuda con problemas de seguridad y salud pública

- Podemos compartir su información médica por determinados motivos, como:
  - prevención de enfermedades
  - ayuda con el retiro de productos
  - presentación de informes sobre reacciones nocivas a medicamentos
  - denuncia de una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - prevención o disminución de una amenaza seria a la salud o la seguridad de una persona

Para investigación

- Podemos usar o compartir su información para fines de investigación médica. Podemos hacerlo siempre que se cumplan determinadas reglas sobre la privacidad.



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

Para el cumplimiento de la ley

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

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

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

Para trabajar con el médico forense o director de servicios funerarios

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

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

- Podemos usar o compartir su información médica:
  - para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores
  - con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público
  - con agencias de supervisión sanitaria para actividades permitidas por la ley
  - para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Para responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden de un tribunal o una orden administrativa, o en respuesta a una orden judicial.

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

### Nuestras responsabilidades

- Protegemos la información médica de nuestros afiliados de muchas formas. Esto incluye la información escrita, verbal o disponible en línea al usar una computadora.
  - Los empleados de CareSource están capacitados para proteger la información de los afiliados.
  - Se habla sobre la información de los afiliados de manera que no se escuche por casualidad de forma inoportuna.
  - CareSource se asegura de que las computadoras usadas por los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.



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

- CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguramos de que solamente aquellos empleados que tengan un motivo comercial puedan acceder a la información, la usen y la divulguen.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida y, asimismo, que le entreguemos a usted una copia de este aviso.
- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso. También debemos entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos información que no sea la que aquí se menciona, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, 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](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### **Fecha de entrada en vigor y modificaciones a los términos de este aviso**

El aviso original entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y esta versión entró en vigencia el 18 de junio de 2018. Debemos cumplir los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. De ser necesario, podemos modificar el aviso y este nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservemos. Si esto sucede, el nuevo aviso estará disponible a su solicitud y se publicará en nuestro sitio web. Puede solicitar una copia impresa de nuestro aviso en cualquier momento enviando una solicitud por correspondencia al funcionario de Privacidad de CareSource.

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

Correo postal: CareSource

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 8738

Dayton, OH 45401-8738

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

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

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.



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

---

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

Como afiliado a CareSource MyCare Ohio, tiene derecho a recibir información de nuestra parte. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier duda que pudiese tener acerca del plan de salud. Si desea solicitar un intérprete, llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta es una llamada gratuita. Algunos materiales impresos están disponibles en español. Asimismo, podemos ofrecerle información en caracteres grandes, sistema braille o audio.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan incluye, entre otras cosas:
  - Información financiera.
  - Cómo los afiliados calificaron el plan.
  - El número de apelaciones hechas por los afiliados.
  - Cómo abandonar el plan.
- Los proveedores y farmacias de la red, lo que incluye:
  - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria (PCP). Puede cambiar su PCP por un PCP de otra red una vez al mes. Debemos enviarle un documento escrito donde se indique la identidad del nuevo PCP y la fecha en la que el cambio se hizo efectivo.
  - Calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias que forman parte de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Si desea obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en [www.CareSource.com/MyCare](http://www.CareSource.com/MyCare).
- Información sobre los servicios y medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir, entre lo que se incluye:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
  - Límites para su cobertura y medicamentos.



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

- Reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer sobre eso, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - Explicar por escrito por qué algo no está cubierto.
  - Rectificar una decisión que hayamos tomado.
  - Pagar una factura que recibió.

---

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

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

---

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

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

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



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

---

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

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

Tiene derecho a obtener información detallada de parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica al momento de recibir atención médica. Los proveedores deberán explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que sea comprensible para usted. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones** y que se le informe acerca de todos los tipos de tratamiento de una manera adecuada para su afección y capacidad de comprensión.
- **Conocer los riesgos** y que se le informe sobre todos los riesgos existentes.
  - Se le deberá informar con anticipación si determinada atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación.
  - Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Recibir una segunda opinión** de otro proveedor calificado de la red antes de tomar una decisión respecto del tratamiento.
  - Si un proveedor calificado no puede atenderle, coordinaremos una visita con un proveedor que no forme parte de nuestra red, sin costo para usted.
- **Negarse** y rechazar el tratamiento o la terapia.
  - Esto incluye el derecho a:
    - Abandonar el hospital u otra instalación médica, incluso si el médico recomienda lo contrario.
    - Dejar de tomar un medicamento.
  - Si se niega al tratamiento, a la terapia o a tomar los medicamentos, el médico o CareSource MyCare Ohio deberán hablar con usted acerca de lo que podría suceder y deben incluir una nota al respecto en su expediente médico.
  - Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será apartado del plan.
  - No obstante, si rechazara el tratamiento o dejara de tomar sus medicamentos, usted asumirá toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.
- **Solicitar que expliquemos el motivo por el que un proveedor le negó la atención** y recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que usted considera que debería recibir.



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

- **Solicitar la cobertura de un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no es cubierto.** A esto se le denomina una decisión de cobertura. En la Sección D del Capítulo 9, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, se le explica cómo solicitarle al plan que emita una decisión de cobertura.
- **Conocer las funciones específicas de los estudiantes** y negarse a recibir tratamiento de uno de ellos.

## **H2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo**

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

Algunas de ellas no desean pasar meses o años recibiendo soporte vital mientras que otras pueden desear que se tomen todas las medidas posibles para prolongarles la vida.

Usted puede expresar por escrito su voluntad sobre la atención médica que desearía recibir mientras se encuentre en buen estado de salud y tenga capacidad de elección. Su centro de atención médica deberá explicarle su derecho de comunicar su voluntad respecto de la atención médica. También deberá consultarle si desea manifestar dicha voluntad por escrito.

**En este documento se le explican sus derechos según la ley de Ohio respecto de aceptar o negarse a recibir atención médica. También se le explica cómo expresar su voluntad acerca de la atención médica que quisiera recibir en caso de que no pudiese decidir por sí mismo. Este documento no constituye asesoría legal alguna, pero le ayudará a comprender sus derechos de acuerdo a ley.**

### **¿Qué derechos tengo para elegir mi atención médica?**

Tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea un determinado tipo de atención, tiene el derecho de comunicarle a su médico que no lo desea.

### **¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué pasa si no puedo expresar mi voluntad?**

La mayoría de las personas puede manifestar su voluntad respecto de su atención médica a sus médicos. Sin embargo, algunas personas se enferman de gravedad al punto de que no pueden manifestar a sus médicos el tipo de atención que desean. De conformidad con la ley de Ohio, tiene derecho a llenar un formulario, mientras sea capaz de actuar por sí mismo. Este formulario le informa a sus médicos lo que desea que se haga si no pudiese expresarlo.

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

De acuerdo con la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes o directivas anticipadas que puede usar: un testamento vital, una orden de no reanimación (DNR), un poder permanente legal para atención médica y una declaración para el tratamiento de salud mental. Usted puede llenar un formulario de directivas



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

anticipadas cuando aún se encuentre con la facultad de actuar por sí mismo. Las directivas anticipadas le informan a su médico y a terceros su voluntad relacionada con la atención médica.

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

No. Nadie puede obligarle a completar una directiva anticipada. Usted decidirá si desea completarla.

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

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

### **¿Necesito un abogado?**

No. No necesita un abogado para llenar una directiva anticipada.

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

Sí, siempre y cuando su voluntad cumpla con la ley estatal. No obstante, es posible que una persona que le brinde atención médica no pueda cumplir su voluntad dado que iría en contra de su propia consciencia. Si fuese el caso, le ayudarán a encontrar a una persona que haga cumplir su voluntad.

## **Testamento vital**

Un testamento vital expresa si desea o no que se prolongue su vida mediante los métodos de soporte vital. Este documento solo entra en vigor si:

- está en estado de coma del que no se espera que se revierta; O
- se encuentra más allá de toda ayuda médica, sin esperanzas de mejoría y no puede expresar su voluntad; O
- se espera su fallecimiento sin poder expresar sus deseos.

Las personas que le brinden atención médica deberán cumplir con lo estipulado en su testamento vital. Un testamento vital les otorgará el derecho de cumplir su voluntad y únicamente usted podrá modificar o cancelar este documento en cualquier momento que lo desee.

## **Orden de no reanimación**

Una orden de no reanimación (DNR) es una orden por escrito que emite un médico o, en determinadas circunstancias, un profesional de enfermería con práctica médica o un especialista en enfermería clínica, e indica a los proveedores de atención médica que no proporcionen reanimación cardiopulmonar (RCP). En el estado de Ohio, existen dos tipos de órdenes de no reanimación: (1) DNR para cuidados paliativos y (2) DNR para cuidados paliativos en caso de paro respiratorio. Debe conversar con su médico sobre las alternativas de DNR.



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

## Poder permanente legal para la atención médica

Un poder legal para la atención médica es diferente a los otros tipos de poderes. En este documento se habla únicamente de un poder para la atención médica y no de otros tipos de poderes legales. Este documento le permite elegir a alguien para ejecutar su voluntad con relación a los cuidados médicos. La persona actuará en su nombre en caso de que usted no pueda representarse a sí mismo; esto podría suceder durante un corto o largo tiempo.

- ¿A quién debo elegir?
  - Puede elegir a cualquier familiar o amigo adulto de su confianza para que le represente cuando no pueda actuar por sí mismo. Asegúrese de hablar con esta persona respecto de lo que desea. Luego, escriba lo que desea o no desea. También debe hablar con el médico acerca de su voluntad. La persona que escoja deberá respetar estos deseos.
- ¿Cuándo entra en vigor mi poder legal para la atención médica?
  - El documento entra en vigor únicamente cuando no pueda decidir por sí mismo su atención médica y permite que un familiar o amigo interrumpa el soporte vital solo en las siguientes circunstancias:
    - si se encuentra en un estado de coma que no se espera que se revierta; O
    - si se espera su fallecimiento.

## Declaración para el tratamiento de salud mental

Esta declaración le da una atención más específica a la salud mental. Le permite, mientras se encuentre en sus facultades, nombrar a un representante que pueda tomar decisiones en su nombre cuando usted no tenga esa capacidad. Además, la declaración puede exponer determinados deseos acerca del tratamiento. Por ejemplo, podrá expresar los medicamentos y el tratamiento de su preferencia y las preferencias sobre la admisión/permanencia en un centro médico.

## ¿Cuál es la diferencia entre un poder legal para la atención médica y un testamento vital?

En el testamento vital se explica, por escrito, su voluntad acerca del uso de los métodos de soporte vital en caso de que no pueda expresarla. El poder para la atención médica le autoriza elegir a alguien para que ejecute su voluntad sobre su atención médica para cuando usted no pueda representarse a sí mismo.

## Si tengo un poder legal para la atención médica, ¿también necesito un testamento vital?

Es posible que necesite ambos, ya que cada uno aborda diferentes partes de su atención médica.

## ¿Puedo cambiar mis directivas anticipadas?

Sí, puede cambiar las directivas anticipadas en el momento que lo desee. Es una buena idea revisarlas de vez en cuando para asegurarse de que el contenido aún expresa su voluntad y que cubren todas las áreas.



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

### **Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no pueda?**

Las leyes de Ohio le permiten a su pariente más cercano elegir su atención médica si se espera que usted fallezca y no pueda representarse a sí mismo.

### **¿Dónde puedo obtener formularios de directivas anticipadas?**

Muchas personas y lugares que le proporcionan atención médica cuentan con formularios de directivas anticipadas. También puede obtener estos documentos en el sitio web de Midwest Care Alliance, en: [www.midwestcarealliance.org](http://www.midwestcarealliance.org)

### **¿Qué hago con mis formularios una vez que los haya completado?**

Debe entregarle copias a su médico y al centro de atención médica con el fin de que las adjunten a su expediente médico. Entréguele una a un familiar o amigo de su entera confianza. Si ha elegido a alguien para el poder legal de atención médica, entréguele una copia a esa persona. Guarde una copia junto con sus documentos personales. Del mismo modo, entregue otra copia a su abogado o un representante del clérigo. Asegúrese de informarle a su familia o amigos acerca de esta decisión. No guarde estos documentos para después olvidarse de ellos.

### **Donación de órganos y tejidos**

Los habitantes de Ohio deciden si desean que sus órganos y tejidos se donen a otras personas en caso de fallecimiento. Al dar a conocer esta preferencia, se puede garantizar que su voluntad se lleve a cabo de manera inmediata y que sus familias y seres queridos no tengan que cargar con el peso de tomar esa decisión en un momento que de por sí es difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas y algunos ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

Existen dos maneras de registrarse para convertirse en un donante de órganos y de tejidos:

1. puede declarar su deseo de donar órganos o tejidos al obtener o renovar su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal; O
2. puede registrarse en línea para la donación de órganos a través del sitio web del Registro de donantes de Ohio (Ohio Donor Registry): [www.donatelifehio.org](http://www.donatelifehio.org)

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

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



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

El documento legal que puede usar para dar sus indicaciones se denomina directivas anticipadas. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y cada una de ellas tiene un nombre distinto. Los ejemplos son el testamento vital y el poder legal para atención médica.

No es necesario que use una directiva anticipada, pero puede hacerlo si así lo quisiera. Esto es lo que debe hacer:

- **Solicite el formulario.** Puede solicitarlo a su médico, abogado, una agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Medicaid, las agencias que supervisan la salud pública o agrupaciones legales también pueden tener directivas anticipadas. Estos documentos también están actualmente disponibles en el sitio web: [www.proseniors.org/advance-directives/](http://www.proseniors.org/advance-directives/).
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle ayuda a un abogado para elaborarlo.
- **Entregue copias a las personas que necesiten estar en conocimiento de esta información.** Debe entregarle una copia del formulario al médico, otra copia a la persona que usted elija para que tome decisiones en su nombre y, además, copias a los amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si sabe con anticipación que va a ser internado y cuenta con directivas anticipadas firmadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

Si se le admite en el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene en su poder.

Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital cuenta con formularios a su disposición y se le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección completar un formulario de directivas anticipadas.

### H3. Qué debe hacer si no se respetan sus indicaciones

Si firmó un formulario de directivas anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió las indicaciones detalladas en este documento, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud de Ohio, llamando al 1-800-342-0553 o enviando un correo electrónico a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).

---

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

La Sección D del Capítulo 9, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, puede presentar una apelación para que rectifiquemos



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

una decisión de cobertura o hacer una reclamación. También le enviaremos un aviso cuando pueda presentar una apelación directamente ante la Oficina de Audiencias Estatales (Bureau of State Hearings) del Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio.

Tiene derecho a recibir información acerca de las apelaciones y reclamaciones pasadas que otros afiliados han presentado contra nuestro plan. Si desea acceder a dicha información, llame a Servicios para Afiliados.

### **I1. Qué debe hacer si considera que no está recibiendo un trato justo o si desea obtener más información sobre sus derechos**

Es libre de ejercer todos sus derechos y debe saber que CareSource MyCare Ohio, nuestra red de proveedores, Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán ninguna medida en su contra.

Si considera que recibió un trato injusto y **no** es por discriminación debido a los motivos que se incluyen en la Sección A2 de este capítulo o desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios para afiliados.
- La Línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio, al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” [Sus derechos y protecciones en Medicare], disponible en el sitio web de Medicare, en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
- Ómbudsman de MyCare Ohio en la Oficina del Ómbudsman Atención a Largo Plazo del Estado, al 1-800-282-1206, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte la Sección H del Capítulo 2, *Cómo contactarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio*, para obtener más información sobre esta organización.

---

## **J. Sus responsabilidades como afiliado al plan**

Como afiliado al plan, tiene la responsabilidad de cumplir con las acciones que figuran a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea el *Manual del afiliado*** para saber qué tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
  - servicios cubiertos, consulte la Sección B de los Capítulos 3 y 4, *Reglas para recibir servicios de atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan*, y la Sección D, *La Tabla de beneficios*



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

respectivamente. En estos capítulos se le indica aquello que está cubierto, aquello que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.

- Medicamentos cubiertos, consulte la Sección B de los Capítulos 5 y 6, *Lista de medicamentos del plan* y la Sección C, *Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo* respectivamente.
- **Háganos saber sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamento recetado** que tenga. Tenemos la obligación de asegurarnos de que utilice todas las opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Afiliados si cuenta con otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica** que está afiliado a nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación (ID) del afiliado al obtener servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Comparta la información médica importante que necesiten sobre usted y su salud. Infórmese todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e indicaciones acordadas por usted y sus proveedores.
  - Asegúrese de que los médicos y otros proveedores estén en conocimiento de todos los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos con receta médica, de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de compartirla. Sus médicos y demás proveedores deben explicarle las cosas de una forma que las pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea respetuoso.** Esperamos que todos los afiliados respeten los derechos de otros afiliados. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio médico, en el hospital y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. CareSource MyCare Ohio paga las primas de la Parte A y la Parte de Medicaid de casi todos sus afiliados. Si usted paga la prima correspondiente a la Parte A o la Parte B y considera que Medicaid debió asumir el pago, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del condado y solicitar asistencia.
  - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, es posible que deba pagar por dicho servicio o medicamento.** Si no está conforme con nuestra decisión de no cubrir tal servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte la Sección D del Capítulo 9, *Decisiones de cobertura y apelaciones*, si desea informarse sobre cómo presentar una apelación.



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

- **Avísenos si se muda.** Si está planeando mudarse, es importante que nos dé aviso de inmediato. Llame a Servicios para Afiliados.
  - **Si está pensando en mudarse fuera del área de servicio, no podrá permanecer afiliado a este plan.** Solo aquellas personas que sean residentes en nuestra área de servicio pueden acceder a CareSource MyCare Ohio. En la Sección D del Capítulo 1, *Área de servicio de CareSource MyCare Ohio*, se le explica acerca de nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a saber si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de Medicare o un plan de medicamentos recetados que corresponda a su nuevo lugar de residencia. Le avisaremos si contamos con un plan en su nueva área.
  - También asegúrese de comunicarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección. Consulte la Sección F del Capítulo 2, *Cómo contratar a Medicare* y la Sección G, *Cómo contactar al Departamento de Medicaid de Ohio*, si desea acceder a los números telefónicos de Medicare y Medicaid.
  - **Si se mudara dentro de nuestra área de servicio, aún es necesario que tengamos esa información.** Debemos tener nuestros registros actualizados y saber cómo contactarlo. Consulte la Sección K del Capítulo 1, *Cómo mantener el registro de su afiliación actualizado*, para obtener más información. Asimismo, deberá informar al trabajador social del condado en el Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia.
- Llame a Servicios para Afiliados si tiene dudas o inquietudes.
- **Denuncie cualquier sospecha de fraude, malversación y abuso mediante los mecanismos proporcionados en este manual.** CareSource cuenta con un programa diseñado para manejar los casos de fraude en la atención médica administrada. El fraude se puede perpetrar por proveedores o afiliados. Monitoreamos y emprendemos acciones contra cualquier proveedor o afiliado que cometa fraude, malversación y abuso. Algunos ejemplos son:
  - Fraude, malversación y abuso de parte de un proveedor
    - Recetar medicamentos, equipo o servicios que no se consideren necesarios desde una perspectiva médica.
    - Programar visitas con mayor frecuencia que las médicamente necesarias.
    - Facturar pruebas o servicios no realizados.
    - Facturar servicios más costosos que los proporcionados.



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

- Fraude, malversación y abuso de parte de un afiliado
  - Compartir o usar de forma indebida su tarjeta de identificación (ID) de CareSource con otra persona.
  - Vender a terceros medicamentos con receta u otros equipos médicos pagados por CareSource.
  - Enviar información falsa.
  - Falsificar la firma de un médico en las recetas, etc.
  - Indicar síntomas falsos y otra información a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.
- Fraude, malversación y abuso de parte de una farmacia
  - No entregar medicamentos según la receta.
  - Entregar un medicamento genérico y enviar un reclamo por un medicamento de marca más costoso.
  - Entregarle una cantidad menor que la recetada de un medicamento sin informarle al respecto y sin entregarle el resto de la cantidad que debería recibir.

### Si sospecha de fraude, malversación o abuso

Si considera que un médico o afiliado a CareSource está cometiendo fraude, malversación o abuso, puede denunciarlo de la siguiente manera:

- Llámenos al **1-855-475-3163** (TTY: 1-800-750-0750 o 711) y elija la opción del menú que corresponda a una denuncia por fraude. La línea directa de fraude, malversación y abuso está disponible las 24 horas del día.
- Ingrese a nuestro sitio web, en **CareSource.com/MyCare**, y complete el formulario de denuncia por fraude, malversación y abuso y envíelo a la dirección postal que figura a continuación.
- Envíenos una carta dirigida a:

CareSource

Attn: Program Integrity

P.O. Box 1940

Dayton, OH 45401



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

No tiene necesidad de identificarse cuando nos escriba o nos llame. Existen otras formas de contactarse que no son anónimas. Si no le incomoda proporcionarnos su nombre, puede usar una de las siguientes para comunicarse con nosotros:

Correo electrónico para denunciar un fraude: [fraud@CareSource.com](mailto:fraud@CareSource.com)

Número de fax para denunciar un fraude: 1-800-418-0248

Cuando denuncie un caso de fraude, malversación o abuso, bríndenos tantos detalles como sea posible, incluso nombres y números telefónicos. Su identidad puede permanecer anónima; no obstante, en caso de hacerlo, no podremos comunicarnos con usted para solicitar más información. Su denuncia se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.



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

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

---

### Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos para solicitar una decisión de cobertura, una apelación o hacer una reclamación. Lea este capítulo para saber qué hacer en caso de que:

- Tenga un problema con o una reclamación sobre su plan.
- Necesite un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha hecho saber que no pagará.
- No esté conforme con una decisión que ha tomado su plan respecto a su atención.
- Usted considere que sus servicios cubiertos terminan muy pronto.

**Si tiene un problema o inquietud, solo debe leer los párrafos de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca.

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

Debe recibir atención médica, medicamentos o servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para su atención como parte de su plan de salud. No obstante, en ocasiones, puede encontrarse con dificultades para recibir servicios o tal vez no se sienta conforme con la forma en la que se prestaron los servicios o el trato que recibió. En este capítulo se explican las diferentes opciones disponibles para tratar problemas y reclamaciones acerca de nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, la obtención de servicios y el pago correspondiente por recibirlos. **También puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para brindarle orientación con el problema.**

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

### Índice

A. Qué hacer si tiene un problema .....	163
A1. Acerca de los términos legales .....	163
B. Dónde llamar para obtener ayuda .....	163
B1. Dónde obtener más información y ayuda.....	163

---

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

C. Problemas con sus beneficios .....	166
C1. Cómo usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer una reclamación .....	166
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	166
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	166
D2. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará .....	167
E. Problemas acerca de servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) .....	169
E1. Cuándo usar esta sección .....	169
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura .....	171
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) .....	174
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) .....	178
E5. Inconvenientes con el pago .....	183
F. Medicamentos de la Parte D.....	185
F1. Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D.....	185
F2. ¿Qué es una excepción?.....	187
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones .....	188
F4. ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluso una excepción? .....	189
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	192
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	195
G. Cómo solicitar que cubramos una estadía prolongada en el hospital.....	196
G1. Conozca sus derechos de Medicare.....	197
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria .....	198
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria .....	200



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

G4. Qué sucede si no cumple con un plazo de la apelación.....201

H. Qué hacer si considera que la cobertura de atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) de Medicare terminan demasiado pronto.....204

H1. Le informaremos con anticipación cuando la cobertura llegue a su fin .....204

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención médica.....205

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica.....207

H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar la apelación de Nivel 1 .....208

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 .....210

I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare .....210

I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicaid .....211

J. Cómo hacer una reclamación .....211

J1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones .....211

J2. Reclamaciones internas.....213

J3. Reclamaciones externas.....216



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

---

## A. Qué hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indicará qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare y Medicaid. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

### A1. Acerca de los términos legales

Existen algunos términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, es por eso que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Se hace el menor uso de las abreviaturas como sea posible.

Por ejemplo, diremos:

- “hacer una reclamación” en lugar de “presentar una queja”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación de cobertura acelerada”.

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

---

## B. Dónde llamar para obtener ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, comenzar o seguir con el proceso para resolver un problema puede resultar confuso, especialmente si no se siente bien o tiene poca energía. En otros casos, es posible que no tenga el conocimiento necesario para continuar con el siguiente paso. Puede comunicarse con cualquiera de los recursos siguientes para obtener ayuda.

#### Cómo obtener ayuda de Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio

Servicios para Afiliados puede ayudarlo con cualquier problema o reclamación que pueda tener para obtener atención médica, medicamentos y servicios y apoyo a largo plazo. Deseamos ayudarlo con problemas como comprender qué servicios están cubiertos, cómo obtener servicios, cómo encontrar un proveedor, que se le pida que pague por un servicio, solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, o hacer una reclamación (también llamada queja). Para comunicarse con nosotros, puede:

- Llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.



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

- Visitar nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare) para enviar una pregunta, reclamación o apelación.
- Completar el formulario de apelación/reclamación en la página 218 de este capítulo o llamar a Servicios para Afiliados y solicitar que le enviemos un formulario por correo postal.
- Escribir una carta en la que pueda hacernos saber acerca de alguna pregunta, problema, reclamación o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que figura en el anverso de su tarjeta de ID del afiliado de CareSource MyCare Ohio, así como su dirección y número de teléfono. También deberá enviar cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

CareSource

Attn: Member Grievances & Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-1947

### **Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio**

Si necesita ayuda, puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio. Esta línea directa responderá sus preguntas y lo dirigirá al personal que le ayudará a entender qué hacer para manejar su problema. La línea directa no tiene ninguna vinculación con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud. Puede comunicarse con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio, en [www.medicaid.ohio.gov](http://www.medicaid.ohio.gov).

### **Cómo obtener ayuda del Ómbudsman de MyCare Ohio**

También puede recibir ayuda de Ómbudsman de MyCare Ohio, un programa que puede ayudarle a resolver cualquier problema que pueda tener con nuestro plan. Ellos lo ayudarán a presentar una reclamación o una apelación ante nuestro plan. Consulte la Sección H del Capítulo 2, *Cómo contactarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio*, si desea más información acerca de los programas de esta organización.

El Ómbudsman de MyCare Ohio es un defensor independiente y no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud. Puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede enviar una reclamación en línea a través de: [aging.ohio.gov/contact](http://aging.ohio.gov/contact). Los servicios son gratuitos.

### **Cómo obtener ayuda de Medicare**



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

Puede llamar directamente a Medicare si desea obtener ayuda para solucionar sus problemas. A continuación incluimos dos formas de solicitar ayuda a Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Puede visitar el sitio web de Medicare, en <http://www.medicare.gov>.

### Cómo obtener ayuda de otros recursos

También puede hablar con las siguientes personas sobre su problema y pedir ayuda.

- Puede hablar con su médico u otro proveedor quienes podrán solicitar una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que haya solicitado el servicio pueden presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre.
  - Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid o para una audiencia estatal de Medicaid, deberá nombrarlo, por escrito, como su representante.
- Puede hablar con un amigo o familiar, quienes pueden solicitar una decisión de cobertura, una apelación o presentar una reclamación en su nombre, si lo nombra como su "representante".
  - Si desea que alguien sea su representante, llame a Servicios para Afiliados y solicite el formulario "Appointment of Representative" (Designación del representante). También podrá obtener este documento, en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf), o en nuestro sitio web, [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). Este formulario le otorga permiso a esta persona para actuar en su nombre y deberá entregarle una copia firmada de tal documento.
  - También aceptamos una carta o cualquier otro formulario competente para autorizar a su representante.
- Puede hablar con un abogado. Podrá llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de alguno de la asociación de abogados local u otro servicio de derivación. Si necesita información acerca de asesoría legal gratuita, puede contactarse con la oficina de asistencia legal de su localidad o llamar a la línea directa y gratuita de asistencia legal de Ohio al 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si desea que un abogado lo represente, deberá completar un formulario de Designación del representante. Tenga en cuenta que **no necesita un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o reclamación.



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

## C. Problemas con sus beneficios

### C1. Cómo usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer una reclamación

Si tiene un problema o inquietud, solo debe leer los párrafos de este capítulo que correspondan a su situación. La tabla de abajo le ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo para problemas o reclamaciones.

<p><b>¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?</b></p> <p>(Esto incluye problemas sobre si la atención médica, medicamentos recetados o servicios y apoyo a largo plazo particulares están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con la denegación por parte del plan para pagar por artículos y servicios).</p>	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema se trata de los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> en la página 166.</p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema no es sobre los beneficios ni la cobertura.</p> <p>Continúe en la <b>Sección J: “Cómo hacer una reclamación”</b> en la página 211.</p>

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones sirve para resolver problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye aquellos problemas que se relacionan con las denegaciones de pago.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es la primera decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del importe que pagaremos por los servicios médicos, artículos o medicamentos que usted haya recibido. Esta decisión la tomamos cada vez que decidimos lo que cubriremos en su caso y el importe que asumiremos.

Si usted o su médico no están seguros acerca de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le proporcione el servicio o suministre el artículo o medicamento.



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

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitar que evaluemos nuestra decisión y la rectifiquemos, si usted considera que cometimos un error. Por ejemplo: podemos determinar que un servicio, artículo o medicamento que usted desea no es necesario desde una perspectiva médica, no es un beneficio cubierto o Medicare o Medicaid ya no lo cubren. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

### ¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones?

Si necesita ayuda, puede contactarse con cualquiera de los recursos mencionados en la Sección B1 en la página 163.

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

Existen cuatro tipos distintos de situaciones que tienen que ver con las decisiones de cobertura y apelaciones. A cada situación se aplica distintas reglas y plazos. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que necesita saber. **Solo necesita leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 169** le proporciona información si tiene problemas para obtener atención médica, servicios dentales u oftalmológicos, servicios de salud conductual, servicios y apoyo a largo plazo, artículos y medicamentos recetados (**no** incluye medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección en caso de que:
  - No reciba la atención médica que desea y considere que su plan cubre esta atención.
  - No hayamos aprobado servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle y usted crea que esta atención médica debería estar cubierta.
    - **NOTA:** Utilice la Sección E solo para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que forman parte de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, que tienen un \* (medicamentos que no corresponden a la Parte D) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 185 para conocer las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D.
  - Haya recibido atención médica o servicios que crea que deberían estar cubiertos, pero que no estamos pagando.
  - Haya recibido y pagado por servicios médicos o artículos que, en su opinión, estaban cubiertos, y desea solicitar que paguemos por los servicios para que su pago se le reembolse.
  - Se le haya indicado que la cobertura por atención que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.



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

- **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida se trata de atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención médica en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer otra sección de este capítulo, ya que a este tipo de atención se aplican reglas especiales. Consulte las Secciones G y H en las páginas 196 y 204.
- **La Sección F en la página 185** le brinda información si tiene problemas con medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección en caso de que:
  - Desea hablar con nosotros para solicitar que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la Lista de medicamentos.
  - Desea solicitar que eximamos los límites a la cantidad del medicamento que puede obtener.
  - Desea solicitar que cubramos un medicamento que requiere una aprobación previa.
  - No hayamos aprobado su solicitud o excepción y usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas consideren que deberíamos haberlo hecho.
  - Desea solicitar que paguemos un medicamento con receta que ya adquirió con el fin de que se le reembolse su pago. (Esto se refiere a solicitar una decisión de cobertura respecto del pago).
- **La Sección G en la página 196** le ofrece información sobre cómo solicitar que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si considera que su médico le ha dado el alta demasiado pronto. Use esta sección si:
  - Se encuentra en el hospital y cree que el médico le dio de alta muy pronto.
- **La Sección H en la página 204** le proporciona información si considera que su atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan muy pronto.

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

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



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

---

## E. Problemas acerca de servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

### E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección trata sobre lo que se debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por servicios de atención médica, dentales, oftalmológicos, de salud conductual, artículos, servicios y apoyo a largo plazo. También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, que incluye los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos y tienen un \* (medicamentos que no corresponden a la Parte D) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre las apelaciones para medicamentos de la Parte D.

En esta sección le diremos lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas situaciones:

1. Considera que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o de atención a largo plazo que necesita, pero que no recibe.

**Qué puede hacer:** puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura en su caso. Consulte la Sección E2 en la página 171 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. Desea que cubramos un beneficio que requiere una autorización del plan (también denominada autorización previa) antes de recibir el servicio.

**Qué puede hacer:** puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura en su caso. Consulte la Sección E2 en la página 171 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

**NOTA:** Consulte la Tabla de beneficios que se encuentra en la Sección D del Capítulo 4, *Tabla de beneficios* para acceder a una lista general de servicios cubiertos además de información sobre cuáles servicios requieren una autorización previa por parte del plan. Consulte la Lista de medicamentos para saber si alguno de los medicamentos requiere una autorización previa. También podrá revisar las listas de servicios y medicamentos que requieren una autorización previa en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare).

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

**Qué puede hacer:** puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 174 si desea información para presentar una apelación.

4. No aprobamos su solicitud para recibir servicios de exención de una agencia no perteneciente a la red o un proveedor dirigido por el participante en particular.



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

**Qué puede hacer:** puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 174 si desea información para presentar una apelación.

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

**Qué puede hacer:** puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 174 si desea información para presentar una apelación.

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

**Qué puede hacer:** puede solicitar que trabajemos con el proveedor para que se le reembolse su pago. Consulte la página 183 de esta sección para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos la cobertura de algún servicio o artículo y no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** puede apelar la decisión que se tomó para reducir, suspender o interrumpir el servicio o artículo. Consulte la Sección E3 en la página 174 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si le comunicamos que los artículos o servicios que estaba autorizado a recibir se reducirán, suspenderán o interrumpirán antes de recibir todos los servicios o artículos que fueron aprobados, es posible que pueda seguir recibiendo dichos servicios y artículos durante la apelación. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1”, en la página 178.

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención médica en el hospital, atención médica en el hogar, atención médica en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte las Secciones G o H en las páginas 196 y 204 para obtener más información.

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

**Qué puede hacer:** puede presentar una reclamación o una apelación. Consulte la Sección J en la página 211 para acceder a más información sobre cómo presentar una reclamación. Consulte la Sección E3 en la página 174 para información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 1.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

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



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

**Qué puede hacer:** puede presentar una reclamación. Consulte la Sección J en la página 211 para obtener información sobre cómo hacer una reclamación. Asimismo, si el problema es acerca de la cobertura para un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la Sección E4 en la página 178 para acceder a información relacionada con una solicitud para una audiencia estatal. Tome en cuenta que si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, pasaremos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no le damos una respuesta en el período establecido.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

## E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

### Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio, un artículo o un medicamento de Medicaid (consulte la Sección F para conocer sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare)

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba, envíenos un fax o solicite a su representante autorizado o a su médico que solicite una decisión por nuestra parte.

- Puede llamarnos al 1-855-475-3163 TTY: 1-800-750-0750 o 711.
- Puede enviarnos un fax al: 1-855-489-3403
- Puede escribirnos a:

CareSource

Attn: Member Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401

Recuerde que deberá completar el formulario de Designación del representante para nombrar a alguien como su representante autorizado. También aceptaremos una carta u otro documento competente para autorizar a su representante. Para obtener más información, consulte la Sección B1 en la página 163.

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

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

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre todos los demás servicios y artículos dentro de un plazo de 10 días calendario después de su solicitud. Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de 10 días



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

calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), puede presentar una apelación.

Usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo o es posible que nosotros necesitemos más tiempo para llegar a una decisión. En caso de requerir más tiempo, le enviaremos una carta donde se le explicará que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. En esta carta también se le indicará el motivo por el que se necesita más tiempo. No podemos dedicar más tiempo para comunicarle nuestra decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### ¿Puedo obtener una decisión de cobertura con mayor rapidez?

Sí. En caso de que necesite una respuesta con celeridad debido a su salud, puede solicitar que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos esta solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de 24 horas en caso de que se trate de medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte B de Medicare y en 48 horas para todos los demás servicios y artículos.

**El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.**

Usted o su proveedor podrán solicitar más tiempo o es posible que nosotros necesitemos más tiempo para llegar a una decisión con la excepción de decisiones de cobertura rápida para medicamentos de Medicaid. En caso de que necesitemos más tiempo, le enviaremos una carta donde se le explicará que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. En esta carta también se le indicará el motivo por el que se necesita más tiempo. No podemos dedicar más tiempo para comunicarle nuestra decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la cobertura de la atención que desea.
- Llámenos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o envíenos un fax al 1-855-489-3403. Para obtener detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección A del Capítulo 2, *Cómo contactarse con Servicios para Afiliados de CareSource MyCare Ohio*.
- También puede decirle a su médico o a su representante autorizado que nos llame.



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

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

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

1. Podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita cobertura para atención médica o un artículo que aún no haya recibido**. (No podrá solicitar una decisión rápida si su solicitud se trata del reembolso de un pago de atención médica o un artículo que usted ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **únicamente si los plazos estándar pudieran provocar daños graves a su salud o afectar sus facultades de manera negativa**. Los plazos estándar son 72 horas para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y de Medicaid y 10 días calendario para todos los demás servicios y artículos.
  - Si su médico refiere que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
  - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, decidiremos si puede recibir una decisión de cobertura rápida.
    - Si determinamos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También actuaremos dentro de los plazos estándar (72 horas para medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte B de Medicare) para adoptar una decisión.
    - En dicha carta le comunicaremos que, en caso de que su médico solicitara la decisión rápida, emitiremos automáticamente nuestra decisión de cobertura rápida.
    - En esta carta también le comunicaremos cómo puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Para obtener más información acerca del proceso para hacer reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección J en la página 211.

**Si la decisión de cobertura es “no”, ¿cómo lo sabré?**

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

- Si le damos un **no** como respuesta, tiene derecho a solicitar que lo reconsideremos mediante una apelación; esto significa solicitar que evaluemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide hacer una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la siguiente sección para obtener más información).



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

### E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitar que se evalúe la decisión de cobertura que tomamos y se rectifique si se considera que cometimos un error. Si usted, su representante autorizado o su médico o proveedor no están conformes con nuestra decisión, puede iniciar un proceso de apelación. También puede apelar que la decisión de cobertura no se adoptó dentro de los plazos que debimos hacerlo. Le enviaremos un aviso por escrito siempre que tomemos una medida o no cumplamos con una medida que puede apelar.

**NOTA:** Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para un proceso de apelación de servicios cubiertos solo por Medicaid, deberá nombrarlo por escrito como su representante. Consulte “¿Alguien más puede presentar una apelación por mí?”, en la página 175 si desea obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, llame a Ómbudsman de MyCare Ohio Ombudsman al 1-800-282-1206 (TTY de Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750). El Ómbudsman de MyCare Ohio no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

#### ¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación que se presenta a nuestro plan. Evaluaremos su decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor será una persona que no participó en la decisión de cobertura original. Una vez completada la revisión, le haremos saber nuestra decisión por escrito.

#### ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar el proceso de apelación, usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deberán ponerse en contacto con nosotros. Llámenos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o escríbanos a la siguiente dirección:

CareSource

Attn: Member Grievance & Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-1947

#### Guía rápida: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo postal o fax. También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono.

- Consulte sobre la decisión que está apelando **dentro de 60 días calendario**. Si deja pasar el plazo y tiene una buena justificación, aún puede apelar.
- Si apela porque le indicamos que un servicio que actualmente recibe cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el servicio continúe mientras la apelación sigue su curso.
- Siga leyendo esta sección para saber el plazo que corresponde a su apelación.



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

- Si decide escribirnos, puede hacer usted mismo un borrador de la carta o puede usar el formulario de apelación/reclamación que aparece en la página 218. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que figura en el anverso de su tarjeta de ID del afiliado de CareSource MyCare Ohio, así como su dirección y número de teléfono. También debe incluir cualquier tipo de información que contribuya a explicar su problema.
- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos para presentar apelaciones, consulte la Sección A del Capítulo 2, *Cómo contactarse con Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio*.
- Puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

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

### ¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

**Sí.** Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación en su nombre al igual que otra persona. Sin embargo, primero, deberá completar el formulario de Designación del representante. Este documento le otorga permiso a esta persona para representarlo.

Para obtener un formulario de Designación del representante, llame a Servicios para Afiliados y solicite uno o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o nuestro sitio web [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). También aceptaremos una carta u otro formulario competente que autorice a su representante.

**Si la apelación proviene de otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor que solicitó el servicio,** debemos obtener su autorización por escrito antes de revisar la apelación. Si desea que usted, su médico, otro proveedor o cualquier otra persona actúe en su nombre, en el caso de servicios cubiertos únicamente por Medicaid, debemos obtener de su parte una autorización por escrito.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Deberá solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha que figura en la carta donde le comunicamos nuestra decisión.

Si deja pasar este plazo, pero tiene una buena justificación, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de razones válidas para no cumplir un plazo incluyen: una enfermedad grave, un error de nuestra parte al darle información incorrecta acerca del plazo para la apelación. Debe explicar el motivo de su retraso al momento de presentar su apelación.

**NOTA:** Si el motivo de su apelación se debe a que le informamos que un servicio, que actualmente recibe, se suspenderá o cambiará, **dispone de menos días para apelar** si desea que tal servicio continúe mientras la



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

apelación sigue su curso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante una apelación de Nivel 1?”, en la página 178 si desea obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mi expediente?

Sí. Solicite una copia gratuita llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

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

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

### ¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Evaluamos detenidamente toda la información relacionada con la solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificaremos el cumplimiento de todas las reglas cuando dimos un **no** como respuesta a su solicitud. El revisor será alguien que no tuvo participación en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

### ¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión de apelación “estándar”?

Debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de 15 días calendario posteriores a la fecha en que hayamos recibido su apelación (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Le informaremos esta decisión con mayor prontitud en caso de que su afección médica así lo requiera.

- No obstante, si usted o su proveedor solicitan más tiempo o si necesitamos reunir más información, es posible que nos tome hasta 14 días calendario adicionales. Si determinamos que se necesitan días adicionales para llegar a una decisión, se lo comunicaremos en una carta donde se le explicará el motivo de esta prórroga. No podemos dedicar tiempo complementario para decidir sobre la apelación si esta es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar más tiempo, puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una reclamación rápida, le comunicaremos una respuesta a su reclamación dentro de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección J en la página 211.
- Si no le damos una respuesta a la apelación dentro de 15 días calendario (o 7 días calendario posteriores a la fecha en que se recibió la apelación para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) o cuando los días adicionales lleguen a su fin (en caso de que los utilicemos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicare (consulte la Sección E4 en la página 178). Recibirá una notificación cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la



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

cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección E4 en la página 178).

También puede presentar una reclamación sobre el incumplimiento por nuestra parte de tomar una decisión de apelación dentro del plazo establecido (consulte la Sección J en la página 211).

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

**Si nuestra respuesta es No** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en esta carta se le explicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 178). Si el problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta se le indicará que también puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección E4 en la página 178).

### ¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria para esta decisión. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud, si su salud así lo requiere.

- No obstante, si usted o su proveedor solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, es posible que nos tome hasta 14 días calendario adicionales. Si determinamos que se necesitan días adicionales para llegar a una decisión, se lo comunicaremos en una carta donde se le explicará el motivo de esta prórroga. No podemos dedicar tiempo complementario para decidir si la apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar más tiempo, puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una reclamación rápida, le comunicaremos una respuesta a su reclamación dentro de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección J en la página 211.
- Si no le damos una respuesta a la apelación dentro de 72 horas o al término del plazo de días adicionales (en caso de que los utilicemos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la Sección E4 en la página 178). Recibirá una notificación cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección E4 en la página 178).



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

También puede presentar una reclamación sobre el incumplimiento por nuestra parte de tomar una decisión de apelación dentro del plazo establecido (consulte la Sección J en la página 211).

**Si nuestra respuesta es Sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que se recibió su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le explicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 178). Si el problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta se le indicará que también puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección E4 en la página 178).

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

**Sí**, siempre que cumpla determinados requisitos. Si aprobamos anteriormente la cobertura de un servicio, pero después decidimos cambiar o interrumpir dicho servicio antes de que el período de autorización finalizara, le enviaremos un aviso con, al menos, 15 días de anticipación de tomar la medida. Usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deberán **solicitar una apelación en o antes de la última de las siguientes fechas** con el fin de continuar recibiendo el servicio durante el curso de la apelación:

- dentro de los 15 días calendario de la fecha de envío del aviso de la medida; o
- la fecha de vigor prevista en que se tomará la medida.

Si los beneficios tienen continuidad, podrá seguir recibiendo el servicio hasta que una de las siguientes situaciones suceda: (1) que retire la apelación; o (2) que transcurran 15 días calendario después de haberle notificado un **no** como respuesta a su apelación.

**NOTA:** En ocasiones sus beneficios pueden continuar a pesar de haberle dado un **no** como respuesta a su apelación. Si el servicio está cubierto por Medicaid y solicita una audiencia estatal, es posible que sus beneficios continúen hasta que la Oficina de Audiencias Estatales llegue a una decisión. Si el servicio cuenta con cobertura de Medicare y Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2. Para obtener más información, consulte la Sección E4 en la página 178.

## E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

### Si el plan da un No como respuesta en el Nivel 1, ¿qué sucede después?

Si decimos que **No** de forma parcial o total a su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta donde se le informará si el servicio o artículo está cubierto principalmente por Medicare o Medicaid.



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

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta se le comunicará que puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 179 de esta sección para acceder a información sobre audiencias estatales.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, ante la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE), tan pronto como la apelación de Nivel 1 haya finalizado.
- Si el problema está relacionado con un artículo o servicio que podría estar **principalmente cubierto por Medicare y Medicaid**, se le concederá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la IRE. En la carta se le informará que también puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 179 de esta sección para obtener información sobre audiencias estatales.

### ¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 es la segunda apelación con respecto a un servicio o artículo. La apelación de este nivel es revisada por una organización independiente que no tiene ninguna vinculación con el plan.

### Mi problema se trata de un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo presento una apelación de Nivel 2?

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

### ¿Qué es una audiencia estatal?

Una audiencia estatal es una reunión en la que participan usted o su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia de Ohio (ODFJS). Usted tendrá que explicar el motivo por el que considera que nuestro plan no tomó la decisión correcta y nosotros explicaremos el motivo de nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará a ambas partes y posteriormente determinará quién tiene la razón, según la información proporcionada y reglas correspondientes.

Le enviaremos una notificación por escrito acerca de su derecho a solicitar una audiencia estatal. Si cuenta con una exención de MyCare Ohio, podría tener otros derechos relacionados con audiencias estatales. Si desea obtener más información acerca de sus derechos, consulte sobre la Exención de servicios domiciliarios y públicos en el Manual del afiliado.

### ¿Cómo solicito una audiencia estatal?

Para solicitar una audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha de haber recibido el aviso sobre sus derechos a audiencias estatales. El período de 120 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío del aviso. Si deja pasar el plazo de 120 días calendario, pero tiene una razón válida, la Oficina de



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

Audiencias Estatales puede otorgarle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una apelación de Nivel 1 antes de solicitar una audiencia estatal.

**NOTA:** Si desea que alguien actúe en su nombre, incluso su médico u otro proveedor, deberá hacerle llegar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso por escrito en el que indique que desea que esa persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de audiencia estatal a la dirección o el número de fax que figura en el formulario o enviar su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

### ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de audiencia estatal?

Por lo general, las decisiones tomadas en audiencias estatales se comunican a más tardar 70 días calendario posteriores a la fecha en que la Oficina de Audiencias Estatales reciba su solicitud. No obstante, si esta conviene en que este plazo podría poner en grave riesgo su salud o afectar seriamente sus facultades, la decisión se otorgará tan pronto como sea necesario, pero a más tardar en 3 días laborales después de que la Oficina de Audiencias Estatales reciba la solicitud.

### Mi problema se trata de un servicio o artículo cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en una apelación de Nivel 2?

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

- No necesita solicitar una apelación de Nivel 2. Le enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE y usted recibirá una notificación cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no sostiene ninguna relación con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

### ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de la IRE?

- La IRE debe ofrecerle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su apelación (o dentro de 7 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su apelación para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si presentó su apelación antes de recibir artículos o servicios de atención médica.
  - No obstante, si la IRE requiere reunir más información que podría ser para su beneficio, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. En caso de que la IRE requiriese días



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

complementarios para llegar a una decisión, se le comunicará a usted mediante una carta. La IRE no podrá usar más tiempo adicional para tomar una decisión cuando su apelación es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

- Si tuvo una “apelación rápida” de Nivel 1, tendrá de forma automática una apelación rápida de Nivel 2. La IRE deberá darle respuesta dentro de un plazo de 72 horas luego de recibir la apelación.
  - No obstante, si la IRE requiere reunir más información que podría beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. En caso de que la IRE requiriese días complementarios para llegar a una decisión, se le comunicará a usted mediante una carta. La IRE no podrá usar más tiempo adicional para tomar una decisión si es que su apelación es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

### ¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto por Medicare y Medicaid?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Medicaid, enviaremos su apelación de Nivel 2 de forma automática a una Entidad de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia estatal. Si desea solicitar una, siga las indicaciones que aparecen en la página 179.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decide cambiar o interrumpir la cobertura para un servicio que antes estaba aprobado, puede solicitar que se mantengan los beneficios durante las apelaciones de Nivel 2 en algunos casos.

- Si el problema se trata de un servicio mayormente cubierto por **Medicaid únicamente**, puede solicitar la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 2. Usted o su representante autorizado deberán **solicitar una audiencia estatal antes de la última de las siguientes fechas** con el fin de continuar recibiendo el servicio durante el curso de la audiencia estatal:
  - dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha de envío de la carta donde le indicamos que denegamos la apelación de Nivel 1; o
  - la fecha de vigor prevista en que se tomará la medida.
- Si su problema está relacionado con un servicio cubierto en su mayoría **solo por Medicare**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si el problema tiene que ver con un servicio mayormente cubierto por **Medicare y Medicaid**, se mantendrán automáticamente sus beneficios para ese servicio durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la IRE. Si, además, solicita una audiencia estatal, podrá continuar



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

con sus beneficios mientras la audiencia esté pendiente y envía la solicitud dentro del plazo establecido anteriormente.

Si se mantiene la continuidad de los beneficios, podrá seguir recibiendo el servicio hasta que una de las siguientes situaciones ocurra: (1) que retire la apelación; (2) que todas las entidades que recibieron su apelación de Nivel 2 (la IRE o la Oficina de Audiencias Estatales) decidan otorgarle un **No** como respuesta a su solicitud.

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si la apelación de Nivel 2 fue una audiencia estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará por correo postal la decisión de la audiencia por escrito.

- Si la decisión que se tomó en la audiencia fue **Sí** (aprobada) de forma total o parcial a su solicitud, esta decisión explicará de forma clara las medidas que nuestro plan deberá tomar para atender el problema. Si no comprende la decisión o tiene alguna duda acerca de la obtención del servicio o del pago, comuníquese con Servicios para Afiliados si requiere ayuda.
- Si la decisión que se tomó en la audiencia fue **No** (denegada) de forma parcial o total a su solicitud, esto significa que la Oficina de Audiencias Estatales estuvo de acuerdo con la decisión de Nivel 1. La decisión adoptada en la audiencia estatal explicará los motivos que tuvo la Oficina de Audiencias Estatales para una respuesta negativa y le comunicará que tiene derecho de solicitar una apelación administrativa.

Si la apelación de Nivel 2 se derivó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta donde explica su decisión.

- Si la IRE da un **Sí** como respuesta de forma parcial o total a su solicitud en una apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindarle el servicio o el artículo dentro de 14 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que se nos haya notificado la decisión de la IRE.
- Si la IRE da un **Sí** como respuesta de forma parcial o total a su solicitud en la apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que se nos haya notificado la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.



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

- Si la IRE da un **No** como respuesta de forma parcial o total a su solicitud, esto significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le denomina “confirmar la decisión” y “denegar la apelación”.

### **Presenté una apelación ante a la Entidad de Revisión Independiente y a la Oficina de Audiencias Estatales relacionada por servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué sucede si toman decisiones diferentes?**

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden emitir un **Sí** como respuesta de forma total o parcial a su solicitud, le brindaremos el servicio o artículo aprobado que más se asemeje a lo que solicitó en su apelación.

### **Si la decisión es No de forma total o parcial a su solicitud, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si la apelación de Nivel 2 fue una audiencia estatal, podrá apelar nuevamente al solicitar una apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales deberá recibir su solicitud de apelación administrativa dentro de 15 días calendario a partir de la fecha en que se emitió la decisión en la audiencia.

Si la apelación de Nivel 2 se derivó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), podrá apelar de nuevo únicamente si el valor en dólares del servicio o artículo cumple un monto mínimo determinado. En la carta que la IRE le enviará se le explicarán sus derechos de apelación adicionales a los que podría acceder.

Consulte la Sección I en la página 210 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

## **E5. Inconvenientes con el pago**

No autorizamos a los proveedores de nuestra red que le facturen por servicios o artículos cubiertos. Esto se aplica aun si le pagamos al proveedor un monto menor que lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca estará obligado a pagar el saldo de factura alguna.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos tal factura. **No debe asumir el costo de esa factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Es posible que le paguemos al proveedor con el fin de reembolsarle el pago o el proveedor llegará a un acuerdo para dejar de facturarle por ese servicio.

Si desea más información, comience a leer el Capítulo 7: “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que tal vez deba solicitar que lo ayudemos con el pago que realizó a un proveedor o con el pago de una factura que le envió un proveedor. También le muestra cómo hacernos llegar la documentación en donde nos solicita un pago. En este capítulo también se proporciona información para ayudarle a evitar inconvenientes con futuros pagos.



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

### ¿Puedo solicitar un reembolso por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que si recibe una factura por servicios o artículos cubiertos, no debe pagarla, pero en caso de que lo haga, podrá recibir un reembolso siempre y cuando haya seguido las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso significa que está pidiendo una decisión de cobertura. Determinaremos si el servicio o artículo que pagó tiene cobertura y verificaremos que siguió cada una de las reglas para el uso de la cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, trabajaremos con el proveedor para reembolsarle su pago.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, será equivalente a dar un **Sí** como respuesta a su solicitud para una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos el servicio o artículo y los motivos correspondientes.

### ¿Qué sucede si respondemos que no pagaremos?

Si no está conforme con nuestra decisión, **podrá presentar una apelación**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección E3 en la página 174. Cuando siga estas indicaciones, tome en cuenta que:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos responder dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se recibe la apelación.
- Si solicita un reembolso por un servicio o artículo que ya pagó y obtuvo, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si damos un **no** como respuesta a su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos su caso de forma automática a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le enviaremos una carta notificatoria si esto ocurre.

- Si la IRE revirtiera nuestra decisión y afirmara que debemos efectuar el pago, deberemos enviar el pago al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago al proveedor dentro de 60 días calendario.
- Si la IRE da un **no** como respuesta a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le denomina “confirmar la decisión” o también “denegar la apelación”). En la carta que recibirá se le explica sus derechos de apelación adicionales que puede tener. Podrá apelar nuevamente solo si el valor en dólares



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

del servicio o artículo que desea cumple con el monto mínimo. Consulte la Sección I en la página 210 para obtener más información sobre niveles de apelación adicionales.

Si nuestra respuesta es **no** a la apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid, puede solicitar una audiencia estatal (consulte la Sección E4 en la página 178).

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado a nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Existen unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que tal vez Medicaid podría cubrir. **Esta sección se aplica solo a apelaciones sobre medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos contiene algunos medicamentos con un \* (medicamentos que no son de la Parte D). Estos medicamentos **no** son de la Parte D. Las decisiones de cobertura o apelaciones sobre medicamentos con un símbolo de \* deben seguir el proceso que está en la **Sección E** en la página 169.

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

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

- Usted solicita que hagamos una excepción en caso de que:
  - Solicite cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
  - Solicite que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como el límite a la cantidad que usted puede obtener).
- Desea saber si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando el medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga aprobación de nuestra parte antes de brindarle la cobertura).

**NOTA:** Si la farmacia le indica que no puede surtir su receta, recibirá un aviso donde se le explicará cómo puede contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted solicita que paguemos un medicamento con receta que ya adquirió. Esto equivale a solicitar una decisión de cobertura acerca del pago. Recuerde que no debe pagar por ningún servicio que se considere médicamente necesario y que esté cubierto por Medicare y



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

Medicaid. Si se le pide pagar el precio total de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados para obtener asistencia.

**El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le diremos cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

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

<b>¿Cuál de estas situaciones es la suya?</b>			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que omitamos una regla o restricción para un medicamento cubierto?</p> <p><b>Puede solicitar una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección F2</b> en la página 187. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 188 y 189.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que este medicamento cumple con las reglas o restricciones del plan (como contar con la aprobación previa) para obtenerlo?</p> <p><b>Puede solicitar una decisión de cobertura.</b></p> <p>Continúe con la <b>Sección F4</b> en la página 189.</p>	<p>¿Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya obtuvo y pagó?</p> <p><b>Puede solicitar un reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Continúe con la <b>Sección F4</b> en la página 189.</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted desea?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que está solicitando que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Continúe con la <b>Sección F5</b> en la página 192.</p>



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

## F2. ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que, por lo general, no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, o para usar el medicamento sin determinadas reglas y límites. Si un medicamento no está incluido en esta lista o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitar que hagamos una “excepción”.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que prescriba sus recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita una excepción.

A continuación, incluimos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden solicitar que:

1. Cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos.
2. Retiremos una restricción de nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que forman parte de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección B del Capítulo 5, *Lista de medicamentos del plan*).
  - Las reglas y restricciones adicionales que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
    - Verse obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (En ocasiones esto se denomina “autorización previa”).
    - Verse obligado a probar un medicamento diferente primero, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (En ocasiones, esto se denomina “terapia escalonada”).
    - Límites a la cantidad del medicamento. En caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir.

**El término legal** para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento, en ocasiones, se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.



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

### F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

#### Su médico u otra persona que prescriba sus recetas deberán indicarnos las razones clínicas.

Su médico u otra persona que prescriba recetas deberán proporcionarnos una declaración en la que se indiquen las razones clínicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si, al momento de solicitar la excepción, incluye información que provenga de su médico u otra persona que prescriba sus recetas.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. A estos medicamentos se les denomina “alternativos”. Si un medicamento alternativo puede ser tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no ocasiona mayores efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

#### Responderemos que Sí o que No a su solicitud de excepción

- Si damos un **sí** como respuesta a su solicitud de excepción, por lo general esta excepción tendrá una duración hasta el final del año del plan. Esto continuará de este modo en tanto su médico siga recetándole el medicamento y dicho medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si damos un **no** como respuesta a su solicitud de excepción, usted puede apelar para que nuestra decisión sea revisada. La Sección F5 en la página 192 le muestra cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **no**.

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



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

#### F4. ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción?

##### Qué debe hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíe un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante, su médico (u otra persona que prescriba sus recetas) pueden hacer eso. Puede llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Usted, su médico (u otra persona que prescriba sus recetas) o alguna otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede solicitar a un abogado que actúe en su representación.
- Consulte la Sección B en la página 163 para averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otra persona que prescriba sus recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si ha pagado por un medicamento que, según su criterio, debería estar cubierto, lea la Sección A del Capítulo 7, *Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos*, en este manual. El Capítulo 7 le muestra cómo llamar a Servicios para Afiliados o enviarnos la documentación en la que nos solicita cubrir el medicamento.
- Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona que prescriba sus recetas deberá indicar las razones médicas para la excepción del medicamento. A esto se le denomina “declaración de respaldo”.

##### Guía rápida: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago de la Parte D

Llame, escriba o envíenos un fax para realizar la solicitud, o solicite a su representante, médico u otra persona que prescriba sus recetas que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona que prescriba sus recetas.
- Usted o su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas, por lo general, se comunican dentro de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos para esta decisión.



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

- Su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden enviarnos la declaración por correo o por fax. Del mismo modo, su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden darnos esta declaración por teléfono y luego enviarla por fax o por correo postal.

### Si su estado de salud lo requiere, solicite una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido**. (No podrá obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si los plazos estándar pudieran provocar daños graves a su salud o afectar de manera negativa sus facultades**.

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

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que prescriba sus recetas), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos en su lugar los plazos estándar.
  - Le enviaremos una carta con la correspondiente explicación. En esta carta se le indicará cómo hacer una reclamación acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar.
  - Puede presentar una “reclamación rápida” y obtener una respuesta dentro de 24 horas. Si desea más información acerca del proceso de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección J en la página 211.



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

### Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, deberemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que prescriba recetas avalando su solicitud, en caso de que solicite una excepción. Le comunicaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una organización de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud, deberemos brindarle cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico o de la persona que prescriba recetas donde se avale su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa**. En esta carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que aún no haya recibido

- Si usamos los plazos estándar, deberemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico o de la persona que prescriba recetas, en caso de que solicite una excepción. Le daremos una respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una organización de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico o de la persona que prescriba recetas, en caso de que solicite una excepción.
- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explica el motivo de nuestra **negativa**. En esta carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Deberemos darle nuestra respuesta dentro de 14 días calendario luego de recibir su solicitud.



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

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una organización de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud, le pagaremos a la farmacia dentro de los 14 días calendario. La farmacia le reembolsará su dinero.
- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa**. En esta carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Para iniciar un proceso de apelación, usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas o su representante deberá comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitarnos una apelación al llamarnos al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo, pero tiene una buena justificación por no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una razón válida para no cumplir con el plazo es tener una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información errónea o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

### Guía rápida: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o una persona que prescriba recetas, o su representante pueden expresar su solicitud por escrito y enviármola por correo o fax. También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono.

- Consulte sobre la decisión que está apelando **dentro de 60 días calendario**. Si deja pasar el plazo, pero tiene una buena justificación, aún puede apelar.
- Usted, su médico, una persona que prescriba recetas o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léala también para encontrar información acerca de los plazos para esta decisión.



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

**El término legal** para una apelación al plan por una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D es **“reconsideración”** del plan.

- Tiene derecho de solicitar una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si lo desea, usted y su médico, u otra persona que prescriba sus recetas, pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

### **Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”**

- Si está apelando una decisión que nuestro plan tomó por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que prescriba sus recetas deberán decidir si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para una “decisión de cobertura rápida”, mencionados en la Sección F4 en la página 189.

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

### **Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión**

- Evaluamos detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Luego, verificamos el cumplimiento de todas las reglas cuando dimos un **no** como respuesta a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya tenido participación en la decisión de cobertura original.

### **Plazos para una “apelación rápida”**

- Si aplicamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a evaluación por una Organización de Revisión Independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.



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

- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa**.

### Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos responder dentro de los 7 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró. Si solicita un reembolso por algo que adquirió, debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su apelación. Si considera que su salud así lo exige, debe solicitar una “apelación rápida”.
- Si no emitimos una decisión dentro de los 7 días calendario o 14 días calendario, en caso de que haya solicitado un reembolso para un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones en el que será sometida a evaluación por una Entidad de Revisión Independiente.
- **Si la respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de haber recibido su apelación\_o 14 días calendario si nos solicitó un reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento que ya ha pagado, abonaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. La farmacia le reembolsará su dinero.
- **Si nuestra respuesta es no** de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa** y además cómo puede apelar nuestra decisión.



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

## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si nuestra respuesta es **no** de forma parcial o total a su apelación, tiene la opción aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide continuar con una apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) será quien evalúe nuestra decisión.

- Si desea que la Entidad de Revisión Independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito. En la carta que le enviemos donde se le informará nuestra decisión respecto de la apelación de Nivel 1 se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, le enviaremos a esta entidad de forma automática su expediente del caso. Usted tiene el derecho solicitar una copia de este expediente llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Tiene derecho de brindarle más información a la IRE con el objetivo de respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare y no tiene ninguna vinculación con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental.
- Los evaluadores de la Entidad de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación y esta organización le enviará una carta donde le explicarán su decisión.

### Guía rápida: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Consulte sobre la decisión que está apelando **dentro de 60 días calendario**. Si deja pasar el plazo, pero tiene una justificación válida, aún puede apelar.
- Usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas, o su representante, pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léala también para encontrar información acerca de los plazos para esta decisión.

**El término legal** para referirse a una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

### Plazos para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), si su salud así lo requiere.



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

- Si la IRE acepta otorgarle una “apelación rápida”, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si la IRE responde **sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas después de habernos comunicado la decisión.

### Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la fecha en que se recibió su apelación, o 14 días calendario, en caso de que haya solicitado un reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si la IRE responde **sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas después de habernos comunicado la decisión.
  - Si la IRE aprueba una solicitud para cubrir un medicamento que ya pagó, abonaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión. La farmacia le reembolsará su dinero.

### ¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente responde que no a su apelación de Nivel 2?

Un **no** como respuesta significa que la Entidad de Revisión Independiente está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se le llama “denegar la apelación”.

Si desea continuar con el proceso de apelación en el Nivel 3, los medicamentos que solicite deberán cumplir con el valor en dólares mínimo. Si este valor es menor del mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que recibirá por parte de la IRE en donde se le informará la decisión correspondiente al Nivel 2 indicará el valor en dólares necesario para seguir adelante con el proceso de apelación.

---

## G. Cómo solicitar que cubramos una estadía prolongada en el hospital

Cuando ingrese a un hospital, tendrá derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros y que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que recibirá el alta. También le ayudarán a hacer los arreglos para la atención que pueda necesitar luego de ser dado de alta.



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

- El día en que usted abandona el hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si considera que se le ha pedido que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar que se prolongue su estadía. En esta sección le explicaremos cómo hacerlo.

## G1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso al hospital, un trabajador social o un enfermero le entregarán un aviso denominado “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos”. En caso de que no reciba el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con atención y haga preguntas si hay algo que no comprende. El “Mensaje importante” le informará sobre sus derechos como paciente del hospital, entre los que se incluye su derecho a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su permanencia en el hospital. Tiene derecho a saber en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de permanencia en el hospital.
- Saber dónde puede comunicar sus inquietudes acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

Guarde una copia firmada de este aviso para conservar la información de ésta, en caso de que la necesite.

- Para ver este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para Afiliados a 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.



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

- También puede acceder al aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números antes mencionados.

## G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización más tiempo, deberá solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Si desea presentar una apelación para cambiar la fecha del alta hospitalaria, llame a Livanta al: **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

### Llame de inmediato.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes de** marcharse del hospital y a más tardar en su fecha de alta programada. El documento Un Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si llama antes de abandonar el hospital, podrá permanecer en él después de su fecha de alta programada sin necesidad de pagar por la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- **Si deja pasar el plazo** para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad acerca de su apelación, en su lugar podrá presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para conocer más detalles acerca de esta otra manera, consulte la Sección G4 en la página 201.

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

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

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

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.



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

- **Solicite ayuda en caso de ser necesaria.** Si tiene alguna duda o requiere ayuda en algún momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud remunerados por el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos del gobierno federal para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

### Solicite una “revisión rápida”

Deberá solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “revisión rápida” de su alta médica. La solicitud de “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que use los plazos “rápidos” para una apelación, en lugar de usar los plazos estándar.

**El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.**

### ¿Qué sucede durante esta revisión rápida?

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante el motivo para la continuidad de la cobertura después de la fecha de alta programada. No es necesario que presente las razones por escrito, pero podrá hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su expediente médico, conversarán con su médico y evaluarán toda la información relacionada con su permanencia en el hospital.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta donde se le indicará su fecha de alta programada. En esta carta se le explicará las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos pertinente que usted sea dado de alta en esa fecha.



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

**El término legal** para esta explicación por escrito es **“Aviso detallado del alta”**. Puede obtener un modelo si llama a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Del mismo modo, podrá ver un modelo de este aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)

### ¿Qué sucede si la respuesta es sí?

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

### ¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da un **no** como respuesta a su apelación, significa que su fecha de alta programada es apropiada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía de la fecha posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le notifique su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da un **no** como respuesta y usted decide continuar en el hospital, deberá pagar la permanencia hospitalaria que elige se prolongue. El costo de esta atención que reciba se inicia a partir del mediodía de la fecha posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le notifique su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación y usted decide permanecer en el hospital luego de su fecha de alta programada, entonces podrá presentar una apelación de Nivel 2.

## G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá hacer una apelación de Nivel 2. Deberá comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento dio un **no** como respuesta a su apelación de Nivel 1. Podrá solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.



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

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al: **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar detenidamente toda la información que se relacione con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud para una segunda revisión, los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### **Guía rápida: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria**

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

#### **¿Qué sucede si la respuesta es sí?**

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos por atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la primera decisión de apelación. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado, siempre que se considere necesario desde una perspectiva médica.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos y es posible que correspondan límites de cobertura.

#### **¿Qué sucede si la respuesta es no?**

Esto significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión que se tomó en el Nivel 1 y no hará ninguna rectificación. En la carta que recibirá se le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegara su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total del tiempo que haya permanecido en el hospital posterior a su fecha de alta programada.

#### **G4. Qué sucede si no cumple con un plazo de la apelación**

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina apelaciones alternativas. No obstante, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

#### **Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria**

Si no cumple con el plazo para contactarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (dentro de los 60 días o, a más tardar, la fecha de la alta programada, la circunstancia que suceda



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

primero), puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación en la que se utilizan plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información que se relacione con su permanencia en el hospital. La revisaremos para determinar si la decisión acerca de la fecha en que usted debe dejar el hospital fue justa y de conformidad con todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas luego de que haya solicitado una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que coincidimos con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta y seguiremos proporcionándole servicios cubiertos mientras se les considere médicamente necesarios.
  - También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si no aceptamos su revisión rápida** significa que su fecha del alta programada era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
  - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, es **posible que deba pagar el costo total de la atención** recibida en el hospital después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando dimos un **no** como respuesta a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Al hacerlo, significa que automáticamente pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

#### Guía rápida: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a Servicios para Afiliados y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

### Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria



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

Enviaremos la información relacionada con su apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas después de comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Si considera que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una reclamación. La Sección J en la página 211 le mostrará cómo hacer una reclamación.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE analiza la decisión tomada por nosotros cuando respondimos que **no** a su “revisión rápida”. Esta organización determinará si debemos rectificar la decisión que tomamos.

- La IRE efectuará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores, por lo general, le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare y no está relacionada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental.
- Los revisores analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación del alta hospitalaria.
- En caso de que la IRE otorgue un **sí** como respuesta a su apelación, deberemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos por la atención hospitalaria que recibió desde la fecha del alta programada. Del mismo modo, debemos continuar ofreciendo la cobertura de los servicios hospitalarios en tanto se consideren necesarios desde un punto de vista médico.
- Si la IRE responde que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta programada del hospital era adecuada desde el punto de vista médico.
- En la carta que reciba de la IRE se le explicará cómo proceder si desea continuar el proceso de revisión. Se le informarán los detalles sobre cómo avanzar a la apelación de Nivel 3, que estará a cargo de un juez.

### Guía rápida: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.



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

---

## H. Qué debe hacer si considera que la cobertura de Medicare para la atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de atención solo cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de atención médica en el hogar
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Servicios de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento debido a una enfermedad o accidente o que está en un proceso de recuperación como resultado de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico sostenga que usted los necesita.
  - Cuando tomamos una decisión de suspender cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la finalización de sus servicios. Cuando finalice su cobertura para dicha atención médica, dejaremos de pagar su atención.

Si considera que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección le indicamos cómo presentar una apelación.

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

Recibirá un aviso con, al menos, dos días de anticipación, antes de que suspendamos la cobertura para esta atención. A esto se le denomina “Aviso de suspensión de la cobertura para Medicare”.

- En este aviso por escrito se le informará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- Este aviso también le informa cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso escrito como acuse de recibo. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan en que es el momento para dejar de recibir la atención.

Cuando la cobertura finalice, dejaremos de pagar el costo de la atención.



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

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

Si considera que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le indicaremos cómo presentar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe comprender lo que necesitará hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan deberá cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una reclamación. En la Sección J en la página 211 de este capítulo le explicaremos cómo presentar una reclamación).
- **Solicite ayuda en caso de ser necesaria.** Si tiene alguna duda o requiere ayuda en algún momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y determinará si se debe rectificar la decisión. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información acerca de cómo presentar una apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de suspensión de la cobertura para Medicare, el que recibió cuando se le informó que suspenderíamos su cobertura.

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud remunerados por el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan y sus remuneraciones provienen del gobierno federal con el fin de verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

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

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

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha de alta programada.



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

### ¿Qué es lo que debe solicitar?

Solicite a esta organización una “apelación rápida”. Esta revisión, de carácter independiente, evaluará si la finalización de la cobertura de sus servicios médicos es apropiada, desde una perspectiva médica.

### ¿Cuál es el plazo para comunicarse con dicha organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la fecha en que reciba el aviso escrito en el que le informamos que finalizaremos la cobertura de su atención.
- Si deja pasar el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad acerca de su apelación, en su lugar puede presentarnos su apelación directamente. Para conocer más detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 208.

**El término legal** para el aviso escrito es “**Aviso de la suspensión de cobertura para Medicare**”. Si desea obtener un modelo de este aviso, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También pueden ver un modelo del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices).

### ¿Qué sucede durante la revisión por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que considera que la cobertura para los servicios debería continuar. No es necesario que presente las razones por escrito, pero podrá hacerlo si lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad donde explicarán el motivo para la terminación de sus servicios.
- Los revisores también examinarán sus expedientes médicos, hablarán con el médico y evaluarán la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le comunicarán a usted su decisión** y recibirá una carta donde se le explicará tal decisión.



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

**El término legal** para la carta que explique por qué sus servicios deben terminar es **“Aviso detallado de no cobertura”**.

### ¿Qué sucede si los revisores responden que sí?

- Si los revisores dan un **sí** como respuesta a su apelación, debemos continuar prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que se les considere necesarios desde una perspectiva médica.

### ¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores dan un **no** como respuesta a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos y dejaremos de pagar nuestra parte de los costos para esa atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) luego de la fecha en que su cobertura termina, entonces deberá pagar el costo total de dicha atención por cuenta propia.

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

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da un **no** como respuesta a la apelación y usted decide continuar recibiendo atención luego de finalizada la cobertura, entonces podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará nuevamente la decisión tomada en el Nivel 1. Si esta organización estuviese conforme con la decisión del Nivel 1, es posible que usted deba pagar el costo total de la atención médica en el hogar, la atención médica en el centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura.



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

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Consulte acerca la revisión de Nivel 2 **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad diera un **no** como respuesta a su apelación de Nivel 1. Usted podrá solicitar esta revisión únicamente si siguió obteniendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que se recibió su solicitud de apelación.

#### ¿Qué sucede si la organización revisora responde que sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted haya recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención mientras sea necesario desde el punto de vista médico.

#### ¿Qué sucede si la organización revisora responde que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la apelación de Nivel 1 y no la rectificarán.
- En la carta que reciba se le explicará cómo proceder si desea continuar el proceso de revisión. Se le informarán los detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez.

#### H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar la apelación de Nivel 1

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina apelaciones alternativas. No obstante, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

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

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

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha de alta programada.



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

## Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar con la atención médica

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación en la que se utilizan plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información relacionada con la atención médica en el hogar, la atención en el centro de enfermería especializada o en el Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF). Revisaremos si la decisión acerca de la finalización de los servicios fue justa y conforme a las reglas.

### Guía rápida: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestros Servicios para Afiliados y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas.

- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas luego de que solicite una “revisión rápida”.
- **Si damos un sí** como respuesta a la revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar ofreciendo la cobertura de sus servicios en tanto se consideren necesarios desde una perspectiva médica. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención médica que haya recibido desde la fecha en la que le comunicamos la finalización de la cobertura.
- **Si damos un no** como respuesta a su revisión rápida, significa que la suspensión de sus servicios fue apropiada desde un punto de vista médico. Nuestra cobertura terminará el día en que le comunicamos que esta finalizaría.

Si continúa recibiendo servicios después de la fecha en la que le comunicamos que estos serían suspendidos, **es posible que deba pagar el costo total** de estos servicios. Con el fin de asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando le dimos un **no** como respuesta a su apelación rápida, la enviaremos a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hagamos esto, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

## Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Enviaremos la información relacionada con su apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas después de comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Si



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

considera que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una reclamación. La Sección J en la página 211 le mostrará cómo hacer una reclamación.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE analiza la decisión tomada por nosotros cuando dimos un **no** como respuesta a su “apelación rápida”. Esta organización determinará si debemos rectificar la decisión que tomamos.

- La IRE efectuará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores, por lo general, le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare y no está relacionada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación.
- **Si la IRE da un sí** como respuesta a su apelación, le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También deberemos continuar cubriendo sus servicios de atención médica mientras a estos se les considere médicamente necesarios.
- **Si la IRE da un no** como respuesta a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la finalización de la cobertura de los servicios era adecuada desde el punto de vista médico.

### **Guía rápida: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar la continuidad de la atención**

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

En la carta que reciba de la IRE se le explicará cómo proceder si desea continuar el proceso de revisión. Se le informarán los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3, que estará a cargo de un juez.

---

## **I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2**

### **I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare**

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido denegadas, tendrá derecho a utilizar niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente se le explicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un tribunal administrativo (ALJ). La persona que tome la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un mediador independiente.



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

Si desea que un ALJ o un mediador independiente revise su caso, el artículo o servicio médico deberá cumplir un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor en dólares es suficientemente alto, podrá solicitar a un ALJ o a un mediador independiente que atienda su apelación.

Si no está conforme con la decisión tomada por el ALJ o el mediador independiente, puede acudir al Concejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, puede tener el derecho de solicitar a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier fase del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ómbudsman de MyCare Ohio. El teléfono es 1-800-282-1206 (TTY del servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

## **I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicaid**

Si usted tuvo una audiencia estatal para servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de esta audiencia fue denegada (sin un resultado favorable para usted), también tiene derecho a apelaciones adicionales. En el aviso de la decisión tomada en la audiencia estatal se le explicará cómo solicitar una apelación administrativa presentando su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales deberá recibir su solicitud en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en que se pronunció la decisión. Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación administrativa, tiene derecho a apelar al tribunal de causas comunes del condado en el que resida.

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

---

## **J. Cómo hacer una reclamación**

### **J1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones**

El proceso de reclamaciones se usa únicamente para determinados tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, recibir una factura y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de reclamaciones.



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

### Reclamaciones sobre la calidad de la atención

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

### Reclamaciones sobre la privacidad

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

### Reclamaciones sobre una mala calidad de servicio al cliente

- Un proveedor o personal de atención médica fue maleducado o irrespetuoso con usted.
- El personal de CareSource MyCare Ohio lo trató mal.
- Considera que lo están echando del plan.

### Reclamaciones sobre accesibilidad

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

### Reclamaciones sobre los tiempos de espera

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

### Reclamaciones sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

### Reclamaciones sobre barreras lingüísticas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

#### Guía rápida: Cómo hacer una reclamación

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

Para hacer una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados o envíenos una carta.

Existen distintas organizaciones que atienden reclamaciones externas. Si desea más información, lea la Sección J3 en la página 216.

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



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

### Reclamaciones acerca de una factura recibida

- El médico o proveedor le envió una factura.

### Reclamaciones acerca de recibir comunicados de nuestra parte

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

### Reclamaciones acerca del carácter oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Considera que, después de recibir una decisión de cobertura o una apelación en su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o darle el servicio o pago al proveedor por determinados servicios médicos de manera que podamos reembolsarle el dinero.
- Considera que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente de forma oportuna.

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

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

### ¿Hay diferentes tipos de reclamaciones?

**Sí.** Puede hacer una reclamación interna/externa. Se presenta una reclamación interna y se somete a revisión por nuestro plan mientras que una reclamación externa se revisa por una organización que no esté vinculada a nuestro plan. **Si necesita ayuda para hacer una reclamación interna/externa puede llamar al Ómbudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).**

### J2. Reclamaciones internas

Si desea hacer una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las reclamaciones relacionadas con la Parte D deben presentarse **dentro de 60 días calendario** luego de suscitado el problema por el cual desea hacer la reclamación. Podrá presentar todas las demás reclamaciones **en cualquier momento** después de haber ocurrido el problema por el cual desea reclamar.



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

- Si hay algo más que deba hacer, el Departamento de Servicios para Afiliados se lo comunicará.
- También puede escribir su reclamación y enviarla. Si presenta su reclamación por escrito, le responderemos del mismo modo. También puede usar el formulario de la página 218 para enviar la reclamación.
- Específicamente, si desea presentar una reclamación, puede hacerlo de alguna de las siguientes maneras:
  - llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163. (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.;
  - completar el formulario de queja/apelación del afiliado, que se encuentra disponible en línea o en la página 218; o
  - escribir una carta donde manifieste su inconformidad.

Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que aparece en el anverso de su tarjeta de ID de CareSource MyCare Ohio, su dirección y número telefónico, de modo que podamos contactarle, si fuese necesario. También incluya cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

CareSource

Attn: Member Appeals

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401-1947

Si su queja se trata de recibir una factura por la atención que se le prestó a usted o un familiar, llame al número de teléfono que aparece en la factura para asegurarse de que tienen su número de ID de CareSource MyCare Ohio, o para proporcionarles el seguro primario de aquel familiar que recibió la atención. Si le dicen que tienen esta información, pregunte el motivo por el que está recibiendo una factura.

Después, comuníquese al Departamento de Servicios para Afiliados y proporciónenos la siguiente información que se muestra en la factura:

- La fecha del servicio.
- el importe de la factura;



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

- El nombre del proveedor.
- El número de teléfono.
- El número de cuenta.
- Infórmenos el motivo por el que el consultorio del proveedor le ha facturado.

Si no está satisfecho con nuestra respuesta a su queja, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados y estaremos encantados de conversar con usted.

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

Ohio Department of Medicaid

Bureau of Managed Care

P.O. Box 182709

Columbus, OH 43218-2709

1-800-324-8680

Si presenta una reclamación porque se le denegó su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “reclamación rápida” y le responderemos dentro de las 24 horas.

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

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una reclamación, tal vez obtenga su respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Las reclamaciones sobre el acceso a la atención se responden en 2 días hábiles. Todas las demás reclamaciones se responden en el plazo de 30 días calendario. Si necesitáramos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Le indicaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una reclamación porque se le denegó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le concederemos una “reclamación rápida” y responderemos a esta dentro de las 24 horas.



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

- Si presenta una reclamación porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, le concederemos, de forma automática, una “reclamación rápida” y responderemos a esta dentro de las 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** de forma parcial o total con su reclamación, se lo haremos saber junto con nuestros motivos. Le responderemos si estamos de acuerdo con su reclamación o no.

### **J3. Reclamaciones externas**

#### **También puede informar su reclamación ante Medicare**

Puede enviar el formulario de reclamaciones a Medicare. El formulario de reclamaciones de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare trata las reclamaciones con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud o considera que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del servicio de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **También puede informarle a Medicaid sobre su reclamación**

Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede enviar su reclamación a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov).

#### **Puede presentar una reclamación en la Oficina de Derechos Civiles**

Puede hacer una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si considera que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede hacer una reclamación acerca del acceso para personas con discapacidad o asistencia lingüística. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es el 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

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

Office for Civil Rights

United States Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, Illinois 60601

También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act) y según la Sección 4112.02 del Código Revisado de Ohio. Puede comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163. (TTY: 1-800-750-0750 o



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

711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para obtener asistencia.

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

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

- Si lo prefiere, puede hacer su reclamación acerca de la calidad de la atención recibida directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin necesidad de presentar la reclamación ante nosotros).
- O puede hacer su reclamación ante nosotros y la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una reclamación a dicha organización, trabajaremos junto con ellos para resolver su reclamación.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo conformado por médicos y otros profesionales de la salud en ejercicio que son remunerados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención proporcionada a los pacientes de Medicare. Si desea obtener más información acerca de esta organización, consulte la Sección E del Capítulo 2, *Cómo contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)*.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).



---

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

Formulario de queja/apelación del afiliado

Ohio

Nombre del afiliado

N.º de ID del afiliado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección del afiliado

Teléfono del afiliado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el motivo de la reclamación/apelación involucra a uno o varios proveedores, proporcione la siguiente información, si la tiene.

Nombre(s) del (de los) proveedor(es) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Describa lo más detallado posible el motivo de la queja/apelación. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

\_\_\_\_\_

(Firma del afiliado)

\*Si es un representante que está presentando una queja o una apelación en nombre de un afiliado a CareSource, deberá completar un formulario de Designación del representante y, una vez completo, enviarlo junto con el formulario de queja/apelación. El formulario de Designación del representante se encuentra disponible en línea: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>

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



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

## Solicitud de reconsideración de la denegación de medicamentos recetados a través de Medicare

Debido a que nosotros, CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) denegamos su solicitud de cobertura de (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitar una reconsideración (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare para solicitar una reconsideración. Debe enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:  
Express Scripts  
Attn: Medicare Reviews  
P.O. Box 66571  
St. Louis, MO 63166-6571

Número de fax:  
**1-877-852-4070**

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web en [CareSource.com/MyCare](http://CareSource.com/MyCare). Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al **1-855-475-3163**, (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

**Quién puede hacer una solicitud:** El profesional que prescriba sus recetas médicas puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

### Información del afiliado

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de ID del afiliado \_\_\_\_\_

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

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_



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

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

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

**Medicamentos con receta que usted solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es “Sí”:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: USD \_\_\_\_\_  
(adjuntar copia del comprobante de pago)

Nombre y teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de la persona que prescribe las recetas**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina. \_\_\_\_\_ Fax . \_\_\_\_\_

Persona de contacto en la oficina  
\_\_\_\_\_

**Aviso importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o la persona que prescribe sus recetas médicas consideran que una espera de 7 días para una decisión estándar podría perjudicar de manera grave su vida, su salud o capacidad de recuperar el total uso de sus facultades, puede solicitar la toma de una decisión acelerada (rápida). Si la persona que prescribe sus recetas indica que esperar 7 días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le concederemos la decisión en 72 horas. Si no obtiene el respaldo de quien prescriba sus recetas para presentar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No podrá solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el dinero de un medicamento que ya recibió.



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

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS**

**Si tiene una declaración de respaldo por parte de su médico, adjúntela a esta solicitud.**

**Explique sus motivos de apelación.** Adjunte páginas adicionales, si fuese necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere pueda contribuir a su caso, como una declaración de parte de quien prescriba sus recetas médicas y expedientes médicos pertinentes. Puede hacer referencia a la explicación que le proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y que la persona que prescribe sus recetas médicas aborde los criterios de cobertura del plan, si estuviesen disponibles, como se incluye en la carta de denegación o en otros documentos del plan. Cualquier aporte por parte de la persona que prescriba sus recetas médicas será necesario para explicar los motivos por los que no puede cumplir los criterios de cobertura del Plan o por los que los medicamentos que establece el Plan no son adecuados para usted desde una perspectiva médica.

---



---



---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o su representante):**

\_\_\_\_\_ **Fecha:**

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-475-3163** (TTY: **711**).

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

**MyCareOhio**  
Connecting Medicare + Medicaid



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

## Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su afiliación a nuestro plan MyCare Ohio

---

### Introducción

Este capítulo le indica las formas en las que puede modificar o terminar su afiliación a nuestro plan. Usted puede cambiar su afiliación a nuestro plan si elige recibir sus servicios de Medicare por separado (usted permanece en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Puede finalizar su afiliación a nuestro plan si elige un plan MyCare Ohio diferente. Si abandona el plan, seguirá en los programas Medicare y Medicaid de Ohio, siempre que sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. MyCare Ohio .....	223
B. Cómo cambiar o terminar la afiliación a nuestro plan .....	224
C. Cómo unirse a otro plan MyCare Ohio .....	224
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid .....	224
D1. Formas de obtener los servicios de Medicare .....	224
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid.....	226
E. Siga recibiendo los servicios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan hasta que termine la afiliación .....	227
F. Otras situaciones en que termina su afiliación .....	227
G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud.....	228
H. Su derecho a presentar una reclamación si solicitamos a Medicare y Medicaid que terminen su afiliación a nuestro plan .....	228
I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan .....	228

---

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



---

## A. MyCare Ohio

Usted puede terminar su afiliación al plan Medicare-Medicaid de CareSource MyCare Ohio en cualquier momento del año si se afilia a otro plan Medicare Advantage, a otro plan Medicare-Medicaid o si se afilia a Medicare Original.

Si cambia su afiliación a nuestro plan al elegir recibir servicios de Medicare separados:

- Usted seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes que hace la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si hace una solicitud el 18 de enero para no recibir Medicare a través de nuestro plan, su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de febrero.

Si finaliza su afiliación en nuestro plan porque elige un plan MyCare Ohio diferente:

- Si solicita cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente antes de los últimos cinco días de un mes determinado, su afiliación terminará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura en el plan MyCare Ohio diferente comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si presenta una solicitud el 18 de enero, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de febrero.
- Si solicita cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente uno de los últimos cinco días de un mes determinado, su afiliación terminará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura en el plan MyCare Ohio diferente comenzará el primer día del mes siguiente a ese. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 30 de enero, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cambiar o terminar su afiliación llamando a:

- La Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**NOTA:** Si está en un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan. Consulte el capítulo 5, Sección G, *Programas de seguridad y administración de medicamentos*, para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



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

---

## B. Cómo cambiar o terminar su afiliación al plan

Si decide cambiar o finalizar su afiliación:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1, o
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con deficiencias auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, puede afiliarse a otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 225 se brinda más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan.

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

---

## C. Cómo inscribirse a otro plan MyCare Ohio

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos de un único plan, puede unirse a un plan MyCare Ohio diferente.

Para afiliarse a un plan MyCare Ohio diferente:

- Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura con CareSource MyCare Ohio finalizará el último día del mes en el que recibimos su solicitud.

---

## D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid

Si no desea afiliarse en un plan MyCare Ohio diferente, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid seguirán siendo proporcionados por CareSource MyCare Ohio.

### D1. Formas de obtener los servicios de Medicare

Podrá decidir cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de las opciones siguientes, usted automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare de nuestro plan.



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

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos con receta de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. En este momento puede seleccionar un plan de la Parte D.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio cuando comience su cobertura de Medicare Original y del plan de medicamentos recetados.</p>



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

<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe darse de baja de la cobertura de medicamentos con receta si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (Ohio Senior Health Insurance Information Program, OSHIIP) al 1-800-686-1578 (TTY: 711).</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. de Ohio al 7-1-1.</li> </ul> <p>Automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de CareSource MyCare Ohio cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

## D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Debe recibir sus beneficios de Medicaid a través de un plan MyCare Ohio. Por lo tanto, incluso si usted no desea recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan MyCare Ohio, debe recibir sus beneficios de Medicaid de CareSource MyCare Ohio o de otro plan de atención médica administrado por MyCare Ohio.

Si no desea inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y atención médica conductual.

Una vez que deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado y un nuevo *Manual del Afiliado* para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente para recibir los beneficios de Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.



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

---

## E. Siga recibiendo los servicios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan hasta que termine la afiliación

Si cambia o termina la afiliación a CareSource MyCare Ohio, llevará tiempo que comience la nueva cobertura. Consulte la página 223 para obtener más información. Durante ese tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- **Usted debe utilizar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas de medicamentos.** Por lo general sus medicamentos con receta solo serán cubiertos si los surte en una farmacia de la red, incluidas nuestras farmacias de venta por correo.
- **Si usted se encuentra internado el día en que su afiliación cambia o finaliza, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta.** Esto sucederá incluso si su cobertura del nuevo plan de salud comienza antes de que se le dé el alta.

---

## F. Otras situaciones en que termina su afiliación

Estos son los casos en que Medicare y Medicaid deben finalizar su afiliación al plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los servicios de Medicare terminarán el último día del mes en que termine su Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare.
- Si deja de calificar para Medicaid o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para quienes califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si sale de nuestra área de servicio durante más de seis meses. o establece su residencia primaria fuera de Ohio.
  - Si se muda o se va de viaje durante un largo tiempo, deberá llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar al que se mudará o visitará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por una ofensa criminal.
- Si miente o nos oculta información acerca de algún otro seguro que posea y que le proporcione cobertura para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no tiene presencia legal en Estados Unidos.



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

Debe ser un ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos para estar afiliado a nuestro plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo afiliado por este motivo. Debemos dar de baja su afiliación si no cumple con este requisito.

Podemos pedir a Medicare y Medicaid que finalicen su afiliación a nuestro plan por los siguientes motivos:

- Si deliberadamente nos proporciona información incorrecta al inscribirse con nosotros y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente exhibe una conducta conflictiva que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de ID de afiliado para recibir atención médica.
  - Si su afiliación termina por este motivo, Medicare y/o Medicaid pueden hacer que su caso sea investigado por el inspector general. También es posible el procesamiento criminal y/o civil.

---

## **G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud**

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan debido a una causa relacionada con su salud, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede comunicarse con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

---

## **H. Su derecho a presentar una reclamación si solicitamos a Medicare y Medicaid que terminen su afiliación a nuestro plan**

Si pedimos a Medicare y a Medicaid que finalicen su afiliación a nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. También deberemos explicarle cómo presentar una queja o una reclamación sobre nuestra solicitud de finalizar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, *Cómo presentar una reclamo*, para obtener información sobre cómo presentar una reclamo.

---

## **I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan**

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden finalizar su afiliación, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.



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

## Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo contiene los términos clave que se usan a lo largo del *Manual del Afiliado* junto con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra un término o si necesita más información de la que brinda la definición, comuníquese con Servicios para Afiliados.

**Actividades de la vida diaria:** Las cosas que las personas realizan en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Directiva anticipada:** Un documento legal que puede usar para dar instrucciones sobre su atención médica futura en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Por ejemplo, un testamento vital o un poder notarial para la atención médica. (Consulte el Capítulo 8, Sección H, *Su derecho a formar parte de las decisiones sobre su atención médica*).

**Administrador de atención médica:** Una persona que trabaja con usted, con CareSource MyCare Ohio y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección C, *Ventajas de este plan*).

**Plan de atención:** El plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los obtendrá. Su equipo de atención trabajará con usted para elaborar y actualizar continuamente su plan de atención y así abordar los servicios médicos que necesita y desea. (Consulte el Capítulo 1, Sección G, *Ventajas de este plan*).

**Equipo de atención:** Los médicos, enfermeros/as, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención y el administrador de atención médica trabajarán junto a usted para proponer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades. El equipo de atención se encarga de coordinar los servicios que usted necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección C, *Ventajas de este plan*).

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, la salud conductual, los medicamentos recetados y de venta libre, el equipo y otros servicios por los que nuestro plan paga. (Consulte el Capítulo 3, Sección A, *Acerca de los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red”*).

**Niveles de medicamentos:** Grupos de medicamentos en la Lista de medicamentos. Genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los tres (3) niveles. (Consulte el Capítulo 5, Sección B, *Lista de medicamentos del plan*).

**Equipo médico permanente (DME):** Determinados artículos ordenados por su médico para uso en el hogar. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para



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

diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. (Consulte el Capítulo 3, Sección L, *Equipo médico permanente (DME)*).

**Explicación de beneficios (EOB):** Un informe resumido que le enviamos cuando utiliza los beneficios de MyCare para verificar los servicios o medicamentos que recibe. La EOB para medicamentos con receta le ayuda a comprender y hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D. Le indica el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *Otra información que recibirá de nosotros*).

**Tutor:** Una persona nombrada por un tribunal para ser legalmente responsable de otra persona. Un tribunal nombra a un tutor para administrar los asuntos personales de un adulto que ya no puede tomar decisiones razonables y seguras por sí mismo debido a una incapacidad mental o legal. Un menor de edad también puede tener un tutor designado por un tribunal en determinadas circunstancias. Únicamente un tribunal puede designar a un tutor. El tribunal que suele designar un tutor es el tribunal testamentario local. Puede variar según el lugar en el que viva. Póngase en contacto con su tribunal local, un abogado local o el servicio de ayuda legal para obtener información sobre tutela. (Consulte el Capítulo 2, Sección B, *Cómo contactar a su administrador de atención médica*).

**Poder para la atención médica (POA):** Un poder para la atención médica es un documento legal que permite que elija a alguien para hacer cumplir su voluntad respecto a la atención médica. La persona actúa por usted en el caso en que usted no pueda actuar por sí mismo. Un poder para la atención médica a veces se denomina poder legal permanente para la atención médica. (Consulte el Capítulo 8, Sección H, *Su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica*).

**Cuidados paliativos:** Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir de manera confortable. Un pronóstico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene el derecho a elegir cuidados paliativos. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención completa a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. CareSource MyCare Ohio debe entregarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica. (Consulte el Capítulo 4, Sección D, *Tabla de beneficios*).

**Facturación incorrecta/inapropiada:** Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura por los servicios más que lo que corresponde a la repartición del costo del plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a CareSource MyCare Ohio al obtener servicios o recetas. Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no comprende. (Consulte el Capítulo 7, Sección A, *Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos*).

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *Otra información que recibirá de nosotros*).



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

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** Algunas veces se denominan servicios de exención. Estos incluyen comidas con reparto a domicilio, servicios de respuesta en emergencias y atención de día para adultos. Estos son servicios pensados para ayudar a los afiliados elegibles a vivir de manera independiente. (Consulte el Capítulo 3, Sección E, *Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo [LTSS]*).

**Medicaid:** Es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, así como quién califica para recibir los beneficios. También determina qué servicios tienen cobertura y el costo de dichos servicios. Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando respeten las normas federales. (Consulte el Capítulo 1, Sección B, *Información acerca de Medicare y Medicaid*).

**Medicamento necesario:** Los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería especializada. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica. (Consulte el Capítulo 3, Sección B, *Reglas para obtener la atención médica, para acceder a los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo [LTSS] cubiertos por el plan*).

**Medicare:** Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal). (Consulte el Capítulo 1, Sección B, *Información acerca de Medicare y Medicaid*).

**Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también llamado "Medicare Parte C" o "Planes MA" que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Plan Medicare-Medicaid:** Una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de atención médica y equipos de atención médica que le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Trabajan en conjunto para brindarle la atención médica que necesita. (Consulte el Capítulo 1, Sección A, *Bienvenido a CareSource MyCare Ohio*).

**Servicios para Afiliados:** Un departamento de nuestro plan que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas acerca de su afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. (Consulte el Capítulo 2, Sección A, *Cómo comunicarse con los Servicios para Afiliados CareSource MyCare Ohio*).

**Farmacias de la red:** Las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red cuyos servicios desee utilizar. Salvo en una emergencia, usted *debe* surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague. Si no se trata de una emergencia, puede solicitarnos con antelación usar una farmacia fuera de la red. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *Otra información que recibirá de nosotros*).



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

**Proveedores de la red:** Son médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud a los que puede visitar por ser afiliado de nuestro plan. Los proveedores de la red también incluyen las clínicas, los hospitales, los centros de enfermería especializada y otros lugares que prestan servicios médicos en nuestro plan. También incluyen agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos y otros proveedores que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid. Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago por parte de nuestro plan como pago total de los servicios cubiertos. Para obtener una lista de los proveedores de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. (Consulte el Capítulo 1, Sección J, *Otra información que recibirá de nosotros*).

**Medicare Original (Medicare tradicional o tarifa por servicio de Medicare):** El gobierno ofrece Medicare Original. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Medicare Original.
- Los medicamentos cubiertos que requieren la autorización previa del plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o fármaco que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica. (Consulte el Capítulo 5, Sección B, *Lista de medicamentos del plan*).

**Obligación como paciente:** Este es el monto que usted debe pagar por sus servicios de atención a largo plazo mientras reside en un centro. (Consulte el Capítulo 4, Sección A, *Sus servicios cubiertos*).

**Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI):** Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de MyCare Ohio para obtener más información sobre cómo CareSource MyCare Ohio protege, usa y divulga su PHI, además de sus derechos en cuanto a su PHI. (Consulte el Capítulo 1, Sección K, *Cómo puede mantener actualizada la información de su registro de afiliación*).

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Su proveedor de atención primaria es el primer médico u otro proveedor al que usted acude por la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y derivarlo con ellos. (Consulte el Capítulo 3, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*).



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

**Autorización previa:** Aprobación por adelantado para acceder a determinados servicios o medicamentos. Su proveedor de atención debe enviar la información a CareSource MyCare Ohio y solicitar la aprobación para que usted reciba el servicio. (Consulte el Capítulo 3, Sección B, *Reglas para obtener la atención médica, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan*).

**Aparatos ortopédicos y prótesis:** Estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los elementos cubiertos incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral. (Consulte el Capítulo 3, Sección L, *Equipo médico permanente (DME)*)

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** Es una organización regional responsable de las apelaciones de miembros y las revisiones de la calidad de la atención. (Consulte el Capítulo 2, Sección E, *Cómo contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad [QIO]*).

**Límites de cantidad:** El límite en la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites se pueden aplicar a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta. (Consulte el Capítulo 5, Sección C, *Límite en la cobertura de ciertos medicamentos*).

**Área de servicio:** El área geográfica donde nuestro plan de salud acepta afiliados según el lugar donde viven las personas. El plan puede dar de baja su afiliación de forma permanente si usted se muda fuera del área de servicio. (Consulte el Capítulo 1, Sección D, *Cuál es el área de servicio de CareSource MyCare Ohio*).

**Especialista:** Un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Por ejemplo, oncólogos (atienden a pacientes con cáncer) o cardiólogos (atienden a pacientes con problemas cardíacos). (Consulte el Capítulo 3, Sección D, *Cómo obtener atención de parte de los proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red*).

**Terapia escalonada:** Una regla que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente. Esto puede aplicar a determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (Consulte el Capítulo 5, Sección C, *Límite en la cobertura de ciertos medicamentos*).



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

## Servicios para Afiliados a CareSource MyCare Ohio

<p><b>LLAME AL</b></p>	<p>1-855-475-3163</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Servicios para Afiliados también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>1-800-750-0750 o 711</p> <p>Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
<p><b>ESCRIBA A</b></p>	<p>CareSource</p> <p>P.O. Box 8738</p> <p>Dayton, OH 45401-8738</p> <p>Envíe las apelaciones a:</p> <p>CareSource</p> <p>Attn: Member Appeals</p> <p>P.O. Box 1947</p> <p>Dayton, OH 45401</p>
<p><b>SITIO WEB</b></p>	<p>CareSource.com/MyCare</p>



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

## ENGLISH

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## SPANISH

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## CHINESE

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750)。

## GERMAN

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## ARABIC

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-475-3163 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-750-0750).

## PENNSYLVANIA DUTCH

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-475-3163 (телетайп: 1-800-750-0750).

## FRENCH

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-475-3163 (ATS : 1-800-750-0750).

## VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## CUSHITE/ROMO

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750) 번으로 전화해 주십시오.

## ITALIAN

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## JAPANESE

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-475-3163 (TTY:1-800-750-0750) まで、お電話にてご連絡ください。

## DUTCH

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## UKRAINIAN

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-475-3163 (телетайп: 1-800-750-0750).

## ROMANIAN

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

## NEPALI

ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाइंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरु नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-475-3163 (टटिवाइ:1-800-750-0750) ।

## SOMALI

DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho Af Soomaali, adeegyada caawimada luqada, oo lacag la'aan ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac 1-800-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).



# Aviso de no discriminación



CareSource cumple con las leyes sobre derecho civil estatales y federales y no discrimina por motivos de edad, género, identidad, color, raza, incapacidad, origen nacional, estado civil, preferencia sexual, filiación religiosa, estado de salud o estado de asistencia pública. CareSource no excluye a las personas, ni las trata diferente debido a la edad, el género, la identidad de género, el color, la raza, una incapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública.

CareSource brinda ayuda y servicios gratis a las persona con incapacidades que deseen comunicarse de manera eficaz con nosotros, como: (1) intérpretes de lengua de señas calificados y (2) información escrita en otros formatos (impresión en tamaño grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Además, CareSource brinda servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: (1) intérpretes calificados y (2) información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número 1-800-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750).

Si cree que CareSource no le ha proporcionado los servicios antes mencionados o lo ha discriminado de otra forma basándose en la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública, puede presentar una queja ante:

CareSource  
Attn: Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401  
1-844-539-1732, TTY: 711  
Fax: 1-844-417-6254

CivilRightsCoordinator@CareSource.com

Puede presentar una queja por correspondencia, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles se encuentra disponible para ayudarle.

Puede, además, presentar un reclamo relacionado con los derechos civiles de forma electrónica en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correspondencia o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F  
HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## **Servicios para Afiliados**

**1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711)**

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

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