

# Manual del Afiliado 2023



## Contenido

<b>AVISO</b> .....	<b>4</b>
<b>NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES</b> .....	<b>5</b>
<b>BIENVENIDO A BUCKEYE HEALTH PLAN</b> .....	<b>7</b>
<b>TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID)</b> .....	<b>8</b>
<b>INFORMACIÓN PARA NUEVOS AFILIADOS</b> .....	<b>9</b>
<b>SERVICIOS Y BENEFICIOS</b> .....	<b>10</b>
<b>Servicios que Buckeye Cubre</b> .....	<b>10</b>
<b>Servicios Fuera de la Red</b> .....	<b>14</b>
<b>Nueva Tecnología</b> .....	<b>14</b>
<b>Servicios de Salud del Comportamiento (incluidos los Servicios de Salud Mental y de Tratamiento de Trastorno por Abuso de Sustancias)</b> .....	<b>14</b>
<b>Servicios y Beneficios Adicionales de Buckeye a Disposición de Todos los Afiliados</b> .....	<b>15</b>
Start Smart For Your Baby® .....	<b>16</b>
Programa de Recompensas de My Health Pays® .....	<b>16</b>
<b>Transporte</b> .....	<b>17</b>
<b>Beneficios Oftalmológicos</b> .....	<b>18</b>
<b>Beneficios Odontológicos</b> .....	<b>18</b>
<b>Atención de Relevó</b> .....	<b>19</b>
<b>Línea de Consultas con Enfermeras Atendida las 24 Horas</b> .....	<b>19</b>
<b>Programa para el Asma</b> .....	<b>19</b>
<b>Member Connections</b> .....	<b>20</b>
<b>TEXT4BABY</b> .....	<b>20</b>
<b>Recordatorios de Atención de Salud</b> .....	<b>20</b>
<b>Boletines Informativos para Afiliados</b> .....	<b>20</b>
<b>Administración de la Atención</b> .....	<b>21</b>
Salud Mental y del Comportamiento .....	<b>21</b>
<b>Servicios que No Cubren ni Buckeye ni Medicaid de Ohio</b> .....	<b>22</b>
<b>Servicios No Cubiertos por Buckeye Excepto que Sean Médicamente Necesarios</b> ..	<b>22</b>
<b>Telesalud</b> .....	<b>23</b>

<b>PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA</b> .....	<b>24</b>
<b>Cómo Elegir a su Proveedor de Atención Primaria (PCP)</b> .....	<b>24</b>
CAMBIO DE PCP .....	24
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIA</b> .....	<b>24</b>
<b>Atención Fuera del Área, Fuera del Horario de Atención y de Emergencia</b> .....	<b>24</b>
Atención Fuera del Área y Fuera del Horario de Atención .....	24
SERVICIOS DE EMERGENCIA.....	25
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b> .....	<b>25</b>
<b>QUEJAS Y APELACIONES FORMALES</b> .....	<b>26</b>
Quejas Formales .....	27
Audiencias ante el Estado .....	27
<b>Formulario para Quejas Formales o Apelaciones</b> .....	<b>29</b>
<b>TERMINACIÓN DE LA MEMBRESÍA</b> .....	<b>30</b>
<b>Terminación de la Membresía</b> .....	<b>30</b>
Pérdida de Elegibilidad para Medicaid.....	30
Aviso de Pérdida del Seguro (Certificación de Cobertura Acreditable) .....	30
Renovación Automática de la Membresía en el MCP.....	30
Cancelación de su Membresía en el MCP .....	30
Terminaciones de la Membresía por una Causa Justa .....	30
Puntos que Debe Tener en Cuenta si Cambia su Membresía .....	31
Membresía Opcional.....	31
Excluidos de la Membresía en un MCP .....	32
¿Puede Buckeye Cancelar mi Membresía? .....	32
<b>DERECHOS COMO AFILIADO</b> .....	<b>33</b>
<b>Sus Derechos Como Afiliado</b> .....	<b>33</b>
<b>RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO</b> .....	<b>35</b>
<b>Sus Responsabilidades Como Afiliado</b> .....	<b>35</b>
<b>OTRA INFORMACIÓN</b> .....	<b>36</b>
Enfermedad o Lesión Accidentales (Subrogación) .....	36
Otro Seguro de Salud (Coordinación de Beneficios, COB).....	36
<b>AVISO DE PRIVACIDAD</b> .....	<b>37</b>
<b>Obligaciones de las Entidades Cubiertas:</b> .....	<b>37</b>
Usos y Divulgaciones de su PHI: .....	37
Datos sobre Raza/Etnia, Idioma, Orientación Sexual e Identidad de Género .....	40
Acuerdo Verbal sobre los Usos y las Divulgaciones de Su PHI.....	40
Usos y Divulgaciones de Su PHI que Requieren Su Autorización por Escrito.....	40
Sus Derechos .....	41
Información de Contacto .....	42

<b>INSTRUCCIONES ANTICIPADAS</b> -----	<b>43</b>
Usted Tiene una Opción .....	43
Instrucciones Anticipadas .....	43
Testamento Vital .....	44
Orden de No Reanimar .....	45
Poder Legal Permanente .....	45
Declaración sobre Tratamiento de Salud Mental .....	46
Estate Recovery.....	46
Otros Asuntos para Pensar .....	46
Donación de Órganos y Tejidos.....	47
<b>TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA</b> -----	<b>48</b>
<b>ASISTENCIA LINGÜÍSTICA</b> -----	<b>51</b>
<b>DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN</b> -----	<b>52</b>
<b>APÉNDICE A: ADMINISTRADOR ÚNICO DE BENEFICIOS DE FARMACIA (SPBM) DE OHIO</b> -----	<b>53</b>

## AVISO

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-246-4358 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-246-4358 (TTY: 711).

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1-866-246-4358 (TTY: 711)

Si tiene algún problema para leer o comprender esta información o cualquier otra información de Buckeye Health Plan, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY: 711) para obtener ayuda sin ningún costo para usted. Podemos explicarle esta información en inglés o proporcionársela en su lengua materna. Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-246-4358 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. La llamada es gratis.

También puede acceder a la información sobre Buckeye en nuestro sitio web BuckeyeHealthPlan.com. Todos los afiliados se pueden comunicar con Buckeye a través del sitio web. Cada consulta recibirá una respuesta en el plazo de un día hábil de haber recibido el mensaje a través de nuestro sitio web. Esto incluye, entre otras cosas, solicitudes de información para afiliados como tarjetas de identificación, manuales del afiliado y directorios de proveedores.

Otros servicios ofrecidos en el sitio web incluyen los siguientes:

- Noticias y eventos
- Búsqueda de proveedores como médicos, especialistas y centros de atención
- Información sobre programas

Este Manual del Afiliado tiene vigencia a partir del 1 de diciembre de 2022.

# NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

**Emergencias:** 911 o número local para emergencias

**Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye:** 1-866-246-4358

**Línea de Consultas con Enfermeras Atendida las 24 Horas:** 1-866-246-4358

**Servicios de Transporte:** 1-866-246-4358

**Servicio de Retransmisión de Datos de Ohio: solo TTY:** 1-800-750-0750

El horario de atención del Departamento de Servicios al Afiliado es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto los feriados.

Buckeye está cerrado los siguientes feriados:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Navidad

Buckeye también permanecerá cerrado dos días más durante el año. Les notificaremos a nuestros afiliados los días que cierren las oficinas con, al menos, 30 días de anticipación.

Si un feriado cae sábado, se pasa al viernes anterior. Si un feriado cae domingo, se pasa al lunes siguiente.

**Línea Directa para el Cliente de Ohio: 1-800-324-8680**  
TTY: 1-800-292-3572

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del PCP fuera del horario de atención: \_\_\_\_\_

Nombre del PCP de su hijo: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del PCP de su hijo: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del PCP de su hijo fuera del horario de atención: \_\_\_\_\_

Su farmacia: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Su dentista: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del dentista: \_\_\_\_\_

## BIENVENIDO A BUCKEYE HEALTH PLAN

Bienvenido a Buckeye Health Plan (Buckeye), una dependencia de Centene Corporation. Ahora usted es afiliado de un plan de atención médica, también conocido como organización de atención administrada (por sus siglas en inglés, MCO). Buckeye Health Plan brinda servicios de atención de salud a residentes de Ohio que sean elegibles, entre ellos, personas con ingresos bajos, personas embarazadas, bebés y niños, adultos mayores y personas con discapacidades.

Buckeye no discrimina por cuestiones de raza, color, religión, género, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad, nacionalidad, situación militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud en la recepción de servicios de salud.

Es importante recordar que debe recibir los servicios cubiertos por Buckeye de los centros o proveedores que figuran en la red de Buckeye. Consulte las páginas 11 y 12 para obtener información sobre los servicios cubiertos por Buckeye. Solo puede usar proveedores que no estén en la red de Buckeye para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Centros de salud/clínicas de salud rurales federalmente calificados
- Servicios de enfermeras obstetras certificadas o profesionales en enfermería certificados
- Proveedores calificados de planificación familiar
- Servicios certificados por el Departamento de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (por sus siglas en inglés, MHAS) de Ohio
- Centros de salud mental comunitarios y centros de tratamiento
- Centros de tratamiento certificados por el Departamento de Servicios de Abuso de Sustancias y Alcoholismo de Ohio
- Un proveedor fuera de la red que Buckeye haya aprobado para su consulta

Puede solicitar un Directorio de proveedores impreso llamando al Departamento de Servicios al Afiliado o devolviendo la postal que recibió junto con su carta de afiliado nuevo y su tarjeta de identificación de afiliado. El Directorio de Proveedores menciona todos los proveedores de nuestra red y otros proveedores fuera de la red que puede usar para obtener servicios. También puede visitar nuestro sitio web en [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com) para consultar información actualizada sobre proveedores de la red o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358, TTY: 711, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. para recibir ayuda.

# TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID)

Usted debe haber recibido una tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye. Cada afiliado de su familia que se haya inscrito en Buckeye recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta mensual de Medicaid. Cada tarjeta es válida durante todo el tiempo en que la persona sea un afiliado de Buckeye. No recibirá una nueva tarjeta todos los meses como ocurría con la tarjeta de Medicaid.

**Si está embarazada, debe informárselo a Buckeye. También debe llamar cuando nazca su bebé para que le enviemos una nueva tarjeta de identificación para su bebé.**



(Anverso de la tarjeta de identificación)



(Reverso de la tarjeta de identificación)

## SIEMPRE LLEVE SU(S) TARJETA(S) DE IDENTIFICACIÓN CON USTED

**Necesitará su tarjeta de identificación cada vez que obtenga servicios médicos. Esto significa que necesita su tarjeta de identificación de Buckeye en las siguientes ocasiones:**

- Consultas con su proveedor de atención primaria (PCP)
- Consultas con un especialista u otro proveedor
- Visitas a una sala de emergencia
- Visitas a un centro de atención de urgencia
- Visitas a un hospital por cualquier motivo
- Obtención de suministros médicos
- Obtención de recetas médicas
- Realización de exámenes médicos

**Llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye lo antes posible al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si ocurre lo siguiente:**

- Todavía no recibió su tarjeta.
- Alguno de los datos de la tarjeta no es correcto.
- Perdió su tarjeta.
- Tiene un bebé.

## INFORMACIÓN PARA NUEVOS AFILIADOS

**Si tuvo Medicaid de pago por servicio el mes antes de hacerse afiliado de Buckeye y ya tiene servicios de atención de salud aprobados o programados, es importante que llame al Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato (hoy o tan pronto como sea posible).** En ciertas situaciones, y por un período específico después de inscribirse, podemos permitirle recibir atención de un proveedor que no sea del panel de Buckeye. Además, podemos permitirle obtener servicios que hayan sido autorizados por Medicaid de pago por servicio. **Sin embargo, debe llamar a Buckeye antes de recibir la atención.** Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención o que el reclamo no se pague. Por ejemplo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado si ya tiene aprobados o programados los siguientes servicios:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas
- Atención prenatal del tercer trimestre (embarazo), incluido el parto
- Cirugía para pacientes internados o ambulatorios
- Cita con un proveedor de atención primaria o especialista
- Quimioterapia o radioterapia
- Tratamiento luego de un alta del hospital en los últimos 30 días
- Servicios odontológicos u oftalmológicos que no sean de rutina (por ejemplo, aparatos dentales o cirugía)
- Equipo médico
- Servicios que reciba en su casa, incluido el cuidado de la salud en el hogar, terapias y enfermería

Luego de inscribirse, Buckeye le informará si alguno de sus medicamentos actuales requiere autorización previa que no requirió autorización cuando Medicaid de pago por servicio los pagó. Es muy importante que lea la información que Buckeye brinda y se ponga en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye si tiene alguna pregunta. También puede consultar el sitio web de Buckeye para saber si sus medicamentos requieren autorización previa. Es posible que deba hacer un seguimiento con el consultorio de la persona que receta para enviar una solicitud de autorización previa a Buckeye en caso de ser necesario. Si sus medicamentos requieren una autorización previa, no puede obtenerlos hasta que su proveedor envíe una solicitud a Buckeye y esté aprobada.

# SERVICIOS Y BENEFICIOS

## Servicios que Buckeye Cubre

Como afiliado de Buckeye Health Plan, continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios (médicamente necesario significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica) cubiertos por Medicaid sin costo alguno para usted.

### **Buckeye cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid.**

- Acupuntura para el control del dolor de cabeza y del dolor en la parte baja de la espalda
- Transporte en ambulancias y unidades de traslado
- Servicios de salud del comportamiento (incluidos los servicios de salud mental y de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias)
- Servicios de enfermeras parteras certificadas
- Servicios de enfermeros profesionales certificados
- Servicios de quiropraxia (espalda)
- Beneficios odontológicos (incluye dos exámenes bucales y limpiezas periódicos para niños y adultos por año, más de lo disponible con Medicaid de pago por servicio)
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde su nacimiento hasta los seis años
- Servicios de diagnóstico (rayos X, análisis clínicos)
- Equipos médicos duraderos (extractor de leche materna, bolsas de almacenamiento de leche materna, andador, equipo para medir la presión arterial)
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de un Centro de Salud Federalmente Calificado (por sus siglas en inglés, FQHC) o Clínicas de Salud Rurales (por sus siglas en inglés, RHC)
- Servicios en un centro de maternidad independiente (llame al Departamento de Servicios al Afiliado para saber cuáles son los centros calificados)
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Atención en un hospicio (cuidado de enfermos terminales, p. ej., pacientes con cáncer)
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Suministros médicos
- Servicios en centros de atención de enfermería para internaciones cortas de rehabilitación (llame al Departamento de Servicios al Afiliado para saber cuáles son los proveedores disponibles; es posible que el Departamento de Medicaid de Ohio (por sus siglas en inglés, ODM) dictamine regresar a Medicaid de pago por servicio)
- Servicios de obstetricia (atención de maternidad: servicios prenatales y posparto, incluidos servicios para embarazos de riesgo) y ginecología
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Examen físico requerido para trabajar o para participar en programas de capacitación laboral, si el examen no se brinda gratis en otro lugar
- Servicios de podiatría (pies)
- Medicamentos que requieren receta médica, incluidos ciertos medicamentos con receta de venta libre
- Mamografías preventivas (mamas) y exámenes para detectar cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou)
- Servicios de proveedores de atención primaria
- Diálisis renal (enfermedad renal)
- Servicios de relevo para afiliados con ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI) de menos de 21 años, según lo aprobado por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) dentro de la exención 1915(b) aplicable y según se describe en la normativa del Código Administrativo de Ohio (por sus siglas en inglés, OAC) 5160-26-03
- Detección de la obesidad y asesoramiento sobre esta
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)

- Vacunas (inmunizaciones)
- Servicios de especialistas
- Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos
- Servicios de telesalud (llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer los proveedores disponibles)
- Servicios oftalmológicos (ópticos), incluida una selección ampliada de anteojos y lentes de contacto (más de lo disponible con Medicaid de pago por servicio)
- Exámenes de salud para personas (Healthchek) menores de 21 años
- Exámenes anuales de salud para adultos

Si tiene que viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de atención de salud cubiertos, Buckeye le proporcionará transporte hacia el consultorio del proveedor y desde este. Para obtener asistencia, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 con al menos 48 horas (dos días hábiles) de anticipación. Además de la asistencia con el transporte que proporciona Buckeye, los afiliados pueden recibir asistencia con el transporte para determinados servicios a través del programa de transporte que no sea de emergencia (por sus siglas en inglés, NET) del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado.

Llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios del NET.

**Buckeye cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid, incluidos los siguientes:**

- Servicios de proveedores de atención primaria. Los afiliados pueden ver a cualquier PCP cubierto para obtener servicios primarios cubiertos, entre ellos:
  1. Exámenes anuales de salud para adultos.
  2. Vacunas o inmunizaciones:

**EXÁMENES DE DETECCIÓN Y VACUNAS CONTRA LA COVID** Buckeye Health Plan cubrirá todos los exámenes de detección, el tratamiento y las vacunas contra la COVID-19 que cubra Medicaid sin costo alguno para usted.

Los lugares de toma de exámenes de COVID pueden encontrarse en línea en:

<https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-chcenters>

El Departamento de Salud de Ohio (por sus siglas en inglés, ODH) ha desarrollado una herramienta de búsqueda para que la utilicen los habitantes de Ohio y encuentren un proveedor de vacunas. El directorio puede hacer búsquedas por condado y código postal, y muestra a los proveedores que actualmente están recibiendo cargamentos de vacunas contra la COVID. Puede obtener información general y de lugares de vacunación en <https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/> o llamar a la línea gratuita del Departamento de Salud de Ohio al 833-427-5634.

Buckeye Health Plan puede ayudarle a encontrar un lugar de toma de exámenes o de vacunación en su comunidad. También puede ayudarle con la programación y el transporte a la cita. Póngase en contacto con su plan en BuckeyeHealthPlan.com o por teléfono llamando al: **1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750)**

El Departamento de Salud de Ohio brinda actualizaciones regulares de la vacunación en las fases de elegibilidad en: [https:// coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program](https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program).

3. Examen físico requerido para trabajar o para participar en programas de capacitación laboral, si el examen no se brinda gratis en otro lugar.
4. HEALTHCHEK

Healthchek es el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación de salud y análisis de laboratorio para todas las personas menores de 21 años que

reúnan los requisitos para Medicaid. Estos exámenes importantes se aseguran de que los adultos jóvenes estén sanos y se estén desarrollando física y mentalmente. Las madres deben hacerse exámenes prenatales y los niños deben hacerse exámenes al nacer, a los 3 a 5 días de edad, al mes de haber nacido y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deben recibir al menos un examen al año o según lo indique la versión más reciente de las "Recommendations for Preventative Pediatric Health Care" (Recomendaciones para medicina preventiva de pediatría), publicadas por Bright Futures/la Academia Americana de Pediatría.

Healthchek también cubre exámenes médicos, oftalmológicos, odontológicos, auditivos, nutricionales, del desarrollo y de salud mental completos, además de otra atención para tratar problemas físicos, mentales u otros problemas o afecciones médicas que se detecten en el examen. Healthchek cubre la mayoría de las pruebas y los servicios de tratamiento. Si una prueba o un servicio no se cubre, requerirá autorización previa.

**Los servicios de Healthchek están disponibles sin costo para los afiliados e incluyen lo siguiente:**

- Controles preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años.
- Detección de Healthchek:
  - Exámenes médicos completos (con una revisión del desarrollo físico y mental)
  - Exámenes oftalmológicos
  - Exámenes odontológicos
  - Exámenes auditivos
  - Controles nutricionales
  - Exámenes del desarrollo
  - Análisis de plomo
- Análisis de laboratorio para personas de ciertas edades
- Vacunas
- Atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otros problemas de salud o problemas que se encuentran durante una evaluación. Esto puede incluir, entre otros, los siguientes servicios:
- Consultas con un proveedor de atención primaria, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de Buckeye para diagnosticar y tratar problemas o afecciones
  - Atención para pacientes internados y pacientes ambulatorios
  - Visitas a una clínica
  - Medicamentos que requieren receta médica
  - Análisis de laboratorio
- Educación de salud

Es muy importante realizarse controles preventivos y evaluaciones para que sus proveedores puedan detectar cualquier problema de salud de manera temprana y tratarlo, o realizar una remisión a un especialista para el tratamiento, antes de que el problema empeore. Es posible que algunos servicios requieran una remisión de su PCP o autorización previa de Buckeye. Además, es posible que su proveedor requiera autorización previa para algunos de los productos o servicios de EPSDT a fin de que Buckeye cubra lo que tenga límites o lo que no tenga cobertura para afiliados mayores de 20 años. Consulte la página 15 para conocer qué servicios requieren una remisión o autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de la atención están disponibles para todos los afiliados menores de 21 años que tengan necesidades de atención de salud especiales. Consulte la página 24 para obtener más información sobre los servicios de administración de la atención que ofrece Buckeye. Para obtener los servicios de Healthchek, puede llamar al consultorio de su PCP o su dentista y programar una cita. Asegúrese de informarle que es para Healthchek. Si desea obtener más información sobre el programa Healthchek o si necesita asistencia para acceder a la atención de servicios cubiertos, programar una cita con un proveedor, obtener transporte o autorizaciones previas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).

*Busque el formulario en este paquete para afiliados que deberá completar y enviar de vuelta a Buckeye Health Plan (se incluye el franqueo pagado). Usaremos la información para brindar servicios para ayudarle a su familia a mantenerse sana.*

**Los servicios autorremitidos son servicios a los que puede acceder sin el permiso de su Proveedor de atención primaria o de Buckeye. Puede autorremitirse a un proveedor de Buckeye para obtener los siguientes servicios:**

- Servicios de obstetricia (por sus siglas en inglés, OB) o de ginecología, entre ellos:
  - Atención de maternidad para cuidados prenatales y de posparto, incluidos servicios para embarazos de riesgo
  - Mamografías preventivas (mama) y exámenes para detectar cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)
- Quiropráctico
- Atención de podiatría (de los pies)
- Servicios de enfermeras parteras certificadas
- Atención odontológica de rutina
- Servicios oftalmológicos (ópticos) de rutina, incluidos anteojos
- Servicios de enfermeros profesionales certificados
- Centros de atención de urgencia
- Servicios de especialistas
- Rayos X y análisis habituales (los especialistas participantes también pueden pedirle pruebas de diagnóstico)
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (algunos procedimientos quirúrgicos pueden requerir autorización previa)
- Servicios en clínicas
- Educación de salud
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Diálisis renal (enfermedad renal)
- Transporte en vehículo para silla de ruedas que no sea de emergencia

**Puede autorremitirse a cualquier proveedor para obtener lo siguiente:**

- Servicios de emergencia, incluido el transporte en ambulancia (ver página 18).
- Servicios y suministros de planificación familiar de un proveedor calificado de planificación familiar (que figure en el Directorio de Proveedores).
- Atención en centros de salud o clínicas de salud rurales federalmente certificados (que figuren en el Directorio de Proveedores).

**Los siguientes son servicios que requieren la remisión de un PCP y autorización previa de Buckeye:**

- Resonancias magnéticas
- Angiografías por resonancia magnética
- Cirugía bariátrica
- Control del dolor
- Tomografías por emisión de positrones
- Tomografías computarizadas
- Pruebas de esfuerzo nuclear
- Servicios en centros de atención de enfermería para internaciones cortas de rehabilitación
- Atención de salud a domicilio
- Atención en un hospicio (cuidado de enfermos terminales, por ejemplo, pacientes con cáncer)
- Servicios hospitalarios para pacientes internados (las internaciones de emergencia no necesitan remisión ni autorización previa)
- Suministros médicos (algunos suministros para pacientes con diabetes para monitorear el nivel de insulina y glucosa en sangre no necesitan autorización)
- Equipo Médico Duradero

- Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla DESPUÉS de las primeras 30 visitas
- Atención odontológica que no sea de rutina (por ejemplo, cirugía)
- Servicios oftalmológicos (ópticos) que no sean de rutina (por ejemplo, cirugía)
- Transporte en ambulancias y unidades de traslado que no sea de emergencia
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde su nacimiento hasta los seis años
- Pruebas genéticas (prenatales, de detección de cáncer, pruebas para niños con retrasos en el desarrollo)

## Servicios Fuera de la Red

La cobertura de servicios fuera de la red está disponible cuando Buckeye Health Plan no puede brindar un servicio cubierto necesario de manera adecuada y a tiempo.

## Nueva Tecnología

Buckeye quiere asegurarse de que tenga acceso a la atención médica más actualizada. Tenemos un equipo que está atento a avances en la medicina. Esto puede incluir nuevos medicamentos, pruebas, cirugías u otras opciones de tratamiento. El equipo verifica que los nuevos tratamientos sean seguros. Le informaremos a usted y a su médico de nuevos servicios cubiertos según sus beneficios.

## Servicios de Salud del Comportamiento (incluidos los Servicios de Salud Mental y de Tratamiento de Trastorno por Abuso de Sustancias)

Los servicios de salud mental y de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias están disponibles a través del plan.

Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios médicos
- Tratamiento asistido por medicamentos para adicciones
- Pruebas psicológicas
- Evaluación de diagnóstico
- Psicoterapia y asesoramiento
- Intervención en caso de crisis
- Servicios de salud mental, incluidos los servicios terapéuticos del comportamiento, el tratamiento psicosocial para adultos y el tratamiento intensivo basado en el hogar para niños o adolescentes
- Servicios de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias, incluida la administración de casos, apoyo de pares para recuperación, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, internación parcial, tratamiento residencial y administración de retiros
- Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos
- Servicios de enfermería de salud del comportamiento

Además de estos, también hay dos servicios nuevos disponibles: tratamiento asertivo comunitario y tratamiento intensivo domiciliario.

Si necesita servicios de tratamiento para la salud mental o de trastorno por abuso de sustancias, puede consultar la lista de proveedores de salud mental contratados de Buckeye en nuestro Directorio de Proveedores y también los puede encontrar en nuestro sitio web [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 para obtener ayuda para encontrar proveedores en su área.

El estado de Ohio permite que las MCO desarrollen y pongan en marcha programas para ayudar a ciertos afiliados que reciben medicamentos que no son médicamente necesarios y así establecer y sostener una relación con su proveedor o farmacia para coordinar el tratamiento. Los afiliados seleccionados para el programa de Buckeye recibirán información adicional y se les notificarán sus derechos de audiencias ante el estado, según corresponda.

Los afiliados que estén inscritos en el programa Coordinated Services Plan (CSP) tendrán restricciones para los médicos y farmacias que pueden usar para obtener sustancias controladas, salvo en situaciones de emergencia. Los afiliados también podrán cambiar de proveedor designado según la política.

## **OhioRISE**

El programa de resiliencia a través de sistemas integrados y excelencia de Ohio (por sus siglas en inglés, OhioRISE) es un programa de atención administrada para jóvenes con necesidades de salud del comportamiento. OhioRISE tiene por objeto ampliar el acceso a los servicios domiciliarios y comunitarios para asegurar que los afiliados y sus familias tengan las herramientas que necesiten para administrar sus interacciones con múltiples sistemas, como justicia de menores, protección infantil, discapacidades del desarrollo, salud mental y adicción, educación, entre otros. Una persona que esté inscrita en el programa de OhioRISE también mantendrá su inscripción de atención administrada para el beneficio de salud física.

### **Elegibilidad para OhioRISE**

- Estar inscrito en Medicaid de Ohio
- Ser menor de 21 años
- Cumplir con un mínimo de necesidades funcionales para la atención de salud del comportamiento, según lo determinado por la evaluación de Necesidades y Fortalezas del Niño y el Adolescente (por sus siglas en inglés, CANS)

### **Servicios de OhioRISE**

Además de los servicios de salud del comportamiento ya disponibles a través de Medicaid, OhioRISE ofrece los siguientes servicios:

- Coordinación de la Atención determinada por la evaluación de CANS
- Su organización de atención administrada también estará incluida en su administración de la atención
- Tratamiento Intensivo Basado en el Hogar (por sus siglas en inglés, IHBT)
- Servicio Móvil de Respuesta y Estabilización (por sus siglas en inglés, MRSS)
- Atención de Relevo en Salud del Comportamiento
- Apoyos integrales
- Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico (por sus siglas en inglés, PRTF): disponible en enero de 2023

Para obtener más información sobre los servicios de OhioRISE, póngase en contacto con servicios al afiliado de Aetna Better Health de Ohio llamando al (833) 711-0773.

## **Servicios y Beneficios Adicionales de Buckeye a Disposición de Todos los Afiliados**

A menos que se indique lo contrario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para obtener los servicios que figuran a continuación. El horario de atención del Departamento de Servicios al Afiliado es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto los feriados que figuran en la página 5. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener asistencia con quejas formales y apelaciones, si recibe una factura por servicios de un proveedor, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o cambiar su proveedor de atención primaria, si necesita asistencia lingüística o ayuda para acceder a servicios cubiertos. Estamos aquí para responder todas sus preguntas y ocuparnos de cualquier preocupación que pueda tener. Buckeye ofrece los siguientes servicios y beneficios adicionales a los afiliados.

## **Start Smart For Your Baby®**

El programa Start Smart for Your Baby es para mujeres embarazadas o que acaban de tener un bebé. Estamos aquí para ayudarla durante y después de su embarazo. Brindamos apoyo de diversas formas para que las cosas sean menos estresantes para usted durante este momento importante. Nuestro objetivo es que tenga un embarazo sano y le dé a su bebé el mejor comienzo de vida posible.

Este programa es GRATIS e incluso puede ganar recompensas por asistir a sus consultas médicas. Debe consultar a su médico ni bien crea que está embarazada. Las visitas médicas tempranas y regulares son importantes para la salud de su bebé.

### **Este programa es para usted si:**

- Está embarazada o planea quedar embarazada.
- Corre un mayor riesgo de presentar un parto prematuro debido al consumo de tabaco, alcohol o drogas, depresión o a un parto prematuro previo.
- No desea quedar embarazada, pero es sexualmente activa.
- Tiene preguntas o necesita ayuda con problemas de salud de la mujer.

### **Este programa brinda:**

- Consultas con el médico sin costo. Consulte a su médico ni bien crea que está embarazada. Las visitas médicas tempranas y regulares son importantes para la salud de la afiliada y su bebé.
- Ayuda para encontrar médicos u hospitales y programar citas con el médico.
- Apoyo y servicios de salud mental.
- Acceso a profesionales de enfermería especialmente capacitados para satisfacer sus necesidades.
- Apoyo y recursos sobre amamantamiento.
- Asistencia para dejar de fumar o consumir alcohol o drogas.
- Ayuda para encontrar recursos en la comunidad.

### **Primeros pasos que dar:**

Si está embarazada, infórmenoslo completando una Notificación de Embarazo (por siglas en inglés, NOP).

### **Puede hacerlo de la siguiente manera**

1. Acceda a Internet e inicie sesión en su cuenta de afiliada.
2. Complete el documento NOP que le dimos o le enviamos.
3. O bien, llámenos al 1-866-246-4358.

Si no está embarazada, llame a uno de nuestros enfermeros al 1-866-246-4358 y pida hablar con un/a "Start Smart nurse" (enfermero/a de Start Smart). ¿Desea saber más? Llámenos al 1-866-246-4358.

- Embarazo: \$100 (para la tercera, sexta y novena consulta prenatal)
- Posparto: \$75 (la consulta debe ser de 7 a 84 días después del parto)
- Consulta de bienestar para bebés: \$150 (debe completar seis consultas durante los primeros 15 meses de vida)
- Recompensa de \$50 por 15 a 30 meses (\$25 x dos consultas)

Tenemos muchas maneras de ayudarla a llevar un embarazo saludable. Pero antes de que podamos ayudarla, necesitamos saber que está embarazada. Llámenos al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) apenas sepa que está embarazada. Prepararemos la atención especial que usted y su bebé necesitan.

### **Programa de Recompensas de My Health Pays®**

¡Ganar recompensas es fácil! Cuando elige ciertas opciones saludables, se acreditarán dólares de recompensa en su tarjeta de recompensas My Health Pays®. Las recompensas se agregarán después de aproximadamente dos semanas de que recibamos el reclamo por el comportamiento saludable. Si es su primera recompensa,

recibirá su tarjeta por correo. Guarde la tarjeta después de usarla y a medida que gane más recompensas, se acreditarán en esta tarjeta.

**Gane recompensas al completar las siguientes actividades saludables:**

**\$25:** por completar un examen odontológico anual (todas las edades)

**\$25:** por recibir una vacuna anual contra la influenza (una por la temporada de influenza, de septiembre a abril, para personas de 6 meses y más)

**\$25:** por vacunas en niños (0 a 2 años)

**\$25:** por completar un examen de detección de plomo (0 a 2 años)

**\$75:** por una consulta anual de bienestar (3 a 11 años)

**\$75:** por una consulta anual de bienestar (12 a 21 años)

**\$75:** por una consulta anual de bienestar (21 años y más)

**\$75:** por un examen anual de detección de cáncer de seno (mujeres de 50 a 74 años)

**\$75:** por un examen anual de detección de cáncer de cuello uterino (mujeres de 21 a 64 años)

**\$100:** por examen integral anual de diabetes. Debe completar todas las pruebas siguientes una vez al año calendario: prueba de HbA1c, evaluación renal, evaluación de retinopatía (dilatación de la pupila).

**Atención de bienestar para el embarazo y el bebé:**

**\$75** por completar un formulario de Notificación de Embarazo (NOP) dentro del primer trimestre.\*

**O**

**\$25** por completar un formulario de Notificación de Embarazo (NOP) dentro del segundo trimestre si no se completa en el primer trimestre (inicie sesión en el Portal Seguro para acceder al formulario de NOP).

**\$75** por una consulta posparto con el médico entre 7 y 84 días después del parto.

**Hasta \$150 (\$25/consulta)** por completar seis consultas de bienestar para el bebé a los 15 meses de edad (estas consultas se recomiendan para los 3 a 5 días, antes de los 30 días y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses de edad).

**Hasta \$50 (\$25 por consulta)** por completar dos consultas de bienestar para el bebé antes de los 30 meses de edad (15 a 30 meses)

(Estas consultas se recomiendan para los 3 a 5 días, antes de los 30 días y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses de edad).

Inicie sesión en su cuenta de afiliado en línea para obtener información adicional sobre dónde usar sus dólares de recompensa y qué productos puede comprar con su tarjeta.

## Transporte

Buckeye ofrece cobertura de viajes de ida y vuelta para servicios cubiertos a más de 30 millas de distancia. **Además, Buckeye ofrece hasta 15 visitas con traslados de ida y vuelta (30 viajes de ida o de vuelta) por afiliado por cada período de 12 meses para las citas de atención de salud/odontológicas cubiertas, las citas de mujeres, bebés y niños (por sus siglas en inglés, WIC) y las citas de redeterminación con el asistente social del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (por sus siglas en inglés, ODJFS).** Los afiliados pueden llamar al Departamento de Servicios al Afiliado directamente con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación al 1-866-246-4358 para programar el transporte. Si se necesita transporte para una cita con el médico de urgencia, coordinaremos para recogerlo directamente, sin esperar 48 horas (si se verifica con su médico).

**Puede obtener un viaje, sin costo alguno para usted, para todas las citas con el médico, incluidas las siguientes:**

- Consultas odontológicas
- Citas de atención prenatal
- Consultas en el consultorio de atención primaria
- Vacunas en la niñez
- Citas con especialistas
- Centros de atención de urgencia
- Citas de mujeres, bebés y niños (WIC)
- Consultas de redeterminación (en persona) con asistentes sociales o con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado (por sus siglas en inglés, CDJFS)
- Lyft está disponible cuando otro proveedor de transporte no puede cumplir una solicitud de transporte.
- Cinco (5) viajes de ida y vuelta o 10 viajes de ida o de vuelta para traslados relacionados con comida (por ejemplo, viajes a la tienda de comestibles o al mercado de productos agrícolas).

Buckeye no ofrece transporte para servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato. Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su PCP o a nuestra Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas, la Línea de Información de Salud de Buckeye, al 1-866-246-4358 (usuarios de TTY, al 1-800-750-0750). Si se necesitan citas de atención de salud u odontológicas más allá de los 15 viajes de ida y vuelta (30 viajes de ida o de vuelta) por afiliado por el período de 12 meses, puede ponerse en contacto con el ODJFS para obtener asistencia.

## **Beneficios Oftalmológicos**

**Para mantener sus ojos sanos, Buckeye ofrece estos beneficios para usted y su familia:**

- Buckeye ofrece exámenes anuales de la vista para niños y adultos.
- Se brindan anteojos (nuevos) de forma anual para personas menores de 21 años y adultos de 60 años o más. Los anteojos para afiliados de 21 a 59 años se brindan cada dos años.
- Buckeye proporcionará \$50 por año para la compra de lentes de contacto para personas de hasta 21 años y adultos de 60 años o más. \$50 cada dos años para afiliados de entre 21 y 59 años.
- Buckeye ofrece \$50 por año para la tarifa de ajuste de lentes de contacto para personas de hasta 21 años y adultos de 60 años o más. Esto está disponible cada dos años para adultos de entre 21 y 59 años.
- Medicaid de pago por servicio no cubre lentes de contacto. No se pueden adquirir lentes de contacto y anteojos el mismo año (o en los mismos dos años en el caso de adultos de entre 21 y 59 años).

## **Beneficios Odontológicos**

**Buckeye ofrece estas ventajas para su atención odontológica:**

- Dos exámenes bucales y limpiezas por año.
- Extracciones y empastes.
- Aparatos dentales cubiertos para pacientes menores de 21 años.
- Prótesis parciales, dentaduras, coronas (se requiere autorización previa).
- No hay copago para los servicios odontológicos.

## Atención de Relevo

Los servicios de relevo son servicios que brindan alivio temporal a corto plazo a un cuidador informal no pago de un afiliado menor de 21 años y aquellos elegibles para el Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI), para apoyar y conservar la relación de cuidado primaria. Los cuidadores deben ponerse en contacto con el administrador de la atención de Buckeye del afiliado para coordinar este beneficio.

## Línea de Consultas con Enfermeras Atendida las 24 Horas

La Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas de Buckeye cuenta con personal de enfermería registrado las 24 horas, todos los días del año y es su fuente de información de salud. Los enfermeros de Buckeye han pasado mucho tiempo cuidando a las personas. Ahora están listos y dispuestos a ayudarlo.

Los servicios que figuran a continuación están disponibles llamando a nuestra Línea de Consultas con Enfermeras al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750):

- Línea de asesoramiento médico
- Biblioteca de información de salud
- Ayuda para determinar adónde recurrir para recibir atención
- Respuestas a preguntas sobre su salud
- Asesoramiento sobre un niño enfermo
- Información sobre embarazos
- Asesoramiento sobre las dosis de medicamento que debe darle a su hijo

¿No está seguro de si debe ir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia? A veces es posible que no esté seguro de si debe ir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia. Llame a la Línea de Consultas con Enfermeras. Un profesional de enfermería puede ayudarlo a saber si es una emergencia o si puede esperar. Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que es tan grave que debe recibir tratamiento inmediato de un médico.

## Programa para el Asma

Si su hijo tiene asma, tenemos un Programa de Administración del Asma que lo puede ayudar a controlar mejor el asma de su hijo. El asma es una enfermedad que dificulta la respiración. Personas con asma:

- A menudo les falta el aliento.
- Sienten una opresión en el pecho.
- Producen un silbido cuando respiran.
- Tosen mucho, especialmente a la noche.

**Si bien el asma no se puede curar, se puede controlar. Si su hijo tiene asma, nuestro programa lo ayudará a lo siguiente:**

- Identificar las cosas que causan un ataque de asma.
- Saber cuándo está ocurriendo un ataque de asma lo suficientemente pronto como para prevenir complicaciones graves.
- Tener los medicamentos y dispositivos adecuados para prevenir un ataque.
- Consultar al médico de su hijo para recibir tratamiento.

**Llame a nuestro administrador de la atención del asma al 1-866-246-4359 (TTY 1-800-750-0750) si su hijo tiene asma.**

**Asegúrese de llamar si su hijo:**

- Ha estado en el hospital por asma durante el último año.
- Ha estado en la sala de emergencias dos o más veces en los últimos seis meses por asma.
- Ha estado en el consultorio del médico tres o más veces en los últimos seis meses por asma.
- Toma corticoides orales para el asma.

## Member Connections

Tenemos un programa especial para ponerlo en contacto con servicios de atención de salud y sociales de calidad. Se llama Member Connections. Nuestro personal de extensión comunitaria de Member Connections hablará con usted por teléfono cuando llame al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750), le enviará información por correo y lo visitará en su hogar si así lo desea.

### Estarán encantados de hablar con usted sobre lo siguiente:

- Cómo elegir un médico
- Cómo cambiar de médico
- Servicios de atención de salud cubiertos
- Cómo usar sus servicios de atención de salud
- Cómo obtener asesoramiento médico cuando no puede ver a su médico
- La diferencia entre atención de emergencia y atención que no es de emergencia
- Cómo vivir una vida sana
- Cómo recibir vacunas y evaluaciones médicas
- Otros problemas de servicios de atención de salud que pueda tener

El personal de extensión comunitaria de Member Connections también lo puede ayudar a ponerse en contacto con servicios sociales de la comunidad si necesita comida, alojamiento, ropa, servicios públicos, etc. Para comunicarse con Member Connections, llame al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).

## TEXT4BABY

Si está embarazada o tiene un bebé de menos de un año, Buckeye la anima a ser parte de TEXT4BABY, un servicio GRATIS que la ayuda a prepararse para la maternidad.

TEXT4BABY le enviará recordatorios de citas, información personalizada sobre la atención prenatal, el desarrollo del bebé, signos de trabajo de parto, amamantamiento, nutrición y más directo a su celular. Inscribirse es fácil y los mensajes son gratis.

Para inscribirse, visite: [BuckeyeHealthPlan.com/text-4-baby](http://BuckeyeHealthPlan.com/text-4-baby). Puede suspender el servicio enviando STOP (ALTO para español) al 511411. Para obtener más información, visite [11.text4baby.org](http://11.text4baby.org).

Pueden aplicarse cargos de datos habituales si accede a vínculos incluidos en los mensajes gratis. El contenido puede no estar disponible para todas las compañías telefónicas. Para obtener ayuda, envíe la palabra HELP al 511411 o envíe un correo electrónico a [info@text4baby.org](mailto:info@text4baby.org).

## Recordatorios de Atención de Salud

Buckeye envía postales y mensajes de texto de forma periódica a los afiliados recordándoles que programen citas de atención de salud importantes para instancias como vacunas, consultas odontológicas y mamografías y detección del plomo.

## Boletines Informativos para Afiliados

Buckeye envía por correo a sus afiliados dos números de su boletín informativo trimestral, Healthy Moves, y publica los cuatro números en el sitio web de Buckeye. Estos boletines informativos contienen información sobre beneficios de programas y artículos sobre temas de salud y bienestar.

## Administración de la Atención

Buckeye ofrece servicios de administración de la atención disponibles para niños y adultos con necesidades de atención de salud especiales. **Nuestro programa de administración de la atención ayuda a los afiliados a obtener más información sobre sus preocupaciones relacionadas con la salud, como por ejemplo:**

- Asma
- Limitación cognitiva o del desarrollo grave
- Diabetes
- Trasplantes
- Insuficiencia cardíaca congestiva (por sus siglas en inglés, CHF)
- Trastorno por abuso de sustancias de alto costo o de alto riesgo
- Enfermedad coronaria arterial (por sus siglas en inglés, CAD)
- Internaciones o visitas frecuentes a la sala del departamento de emergencias
- Hipertensión no leve (presión arterial alta)
- Embarazos de alto riesgo
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Bebés prematuros
- VIH/SIDA
- Niños con necesidades de atención de salud especiales
- Enfermedad mental grave

## Salud Mental y del Comportamiento

- Sesiones de asesoramiento individual, grupal y familiar para cuestiones de salud mental y del comportamiento y trastornos por abuso de sustancias.
- Pruebas psicológicas y de desarrollo.
- Administración de medicamentos.
- Terapia electroconvulsiva (por sus siglas en inglés, ECT).

El programa está diseñado para que los afiliados obtengan asistencia de administradores de la atención a fin de ayudarlos a mejorar o mantener una buena salud y asistirlos en la coordinación de los servicios que puedan necesitar para administrar su salud. El objetivo de nuestro programa es trabajar juntos para desarrollar un plan de atención a fin de ayudar a nuestros afiliados a ser más independientes en cuanto a la satisfacción de sus necesidades de atención médica. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si desea obtener más información sobre BuckeyeCare, nuestro programa de administración de la atención.

Si bien Buckeye proporciona servicios de administración de la atención a nuestros afiliados, sabemos que algunos afiliados preferirían no participar. Para afiliados identificados específicamente, Buckeye ofrece un proceso “para cancelar la participación en la administración de la atención”. Si decide no participar en nuestro programa de administración de la atención, puede cancelar su participación en cualquier momento mediante una notificación a su administrador de la atención.

Si usted es paciente de un hospital y se siente lo suficientemente bien como para recibir visitas, nuestros enfermeros o trabajadores sociales pueden visitarlo en su habitación para analizar sus necesidades de planificación del alta, responder cualquier pregunta que pueda tener sobre los beneficios y servicios que ofrecemos, y proporcionarle información sobre nuestro programa de administración de la atención. Nuestro personal siempre consultará primero con el personal del hospital antes de entrar en su habitación para asegurarnos de que sea el momento adecuado para visitarlo.

### Además:

- El personal de Buckeye, incluidos enfermeros, administradores de la atención y trabajadores sociales, puede ponerse en contacto con el afiliado si el médico ha solicitado una llamada telefónica, si el afiliado solicita la llamada telefónica o si Buckeye considera que los servicios de administración de la atención serían útiles para el afiliado.
- Es posible que el personal de Buckeye le haga preguntas al afiliado para obtener más información sobre sus afecciones.

- El personal de Buckeye le proporcionará información al afiliado para ayudarlo a comprender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios (incluidos los recursos locales).
- El personal de Buckeye hablará con el PCP del afiliado y con otros proveedores de servicios para coordinar la atención.
- Los afiliados deben llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si tienen preguntas sobre los servicios de administración de la atención o si consideran que se beneficiarían de estos servicios.

## **Servicios que No Cubren ni Buckeye ni Medicaid de Ohio**

Buckeye no pagará los servicios o suministros recibidos que no están cubiertos por Medicaid. Si tiene una pregunta sobre la cobertura de un servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY: 711) de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Prueba de paternidad.
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia).
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar o ayudar a causar la muerte de una persona.

## **Servicios No Cubiertos por Buckeye Excepto que Sean Médicamente Necesarios**

Buckeye revisará las normas del OAC correspondientes (p. ej., 5160-1-61) y realizará una revisión de la necesidad médica, si corresponde. Si tiene una pregunta sobre la cobertura de un servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY: 711) de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

- Abortos, salvo en el caso de violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos no cubiertos por Medicaid y que no cumplan con los estándares de práctica habituales.
- Servicios para la infertilidad para hombres o mujeres, incluidos procedimientos para revertir la esterilización voluntaria.
- Tratamiento para pacientes internados en un hospital para que dejen de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes internados en un hospital general están cubiertos).
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria.
- Servicios para el tratamiento de la obesidad, a menos que se determine que son médicamente necesarios.
- Servicios que Medicare u otro pagador externo determinen.
- Terapia matrimonial o sexual.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o es legalmente incapaz de consentir con tal procedimiento.
- Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Buckeye. Si tiene una pregunta acerca de la cobertura de un servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

## Telesalud

Telesalud es la entrega directa de atención de salud a un paciente a través de audio o video. En lugar de visitar el consultorio para su cita, usted permanece en su casa u oficina, y usa su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con sus profesionales médicos y de salud del comportamiento. Los afiliados de Medicaid pueden usar los servicios de telesalud sin cargo, los cuales suprimen el estrés que conlleva la necesidad de servicios de transporte.

Los afiliados de Medicaid pueden ver a profesionales médicos y de salud del comportamiento a través de telesalud por muchas enfermedades y lesiones, afecciones de salud comunes, citas de seguimiento y pruebas de detección, y para solicitar medicamento(s) recetado(s).

Consulte a su proveedor de atención de salud para saber si ofrece servicios de telesalud.

# PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

## Cómo Elegir a su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Todos los afiliados de Buckeye deben elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del Directorio de Proveedores de Buckeye. Su PCP es un médico, un grupo médico, un profesional en enfermería avanzada o un grupo de profesionales en enfermería avanzada con capacitación en medicina familiar (práctica general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para administrar su atención de salud. Su PCP realizará sus controles, le colocará sus vacunas y le brindará tratamiento para la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Si fuera necesario, su PCP lo remitirá a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital.

Para comunicarse con su PCP, llame a su consultorio. El nombre y el número de teléfono de su PCP se encuentran impresos en su tarjeta de identificación de Buckeye.

### CAMBIO DE PCP

Si por algún motivo desea cambiar de PCP, primero debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar el cambio. También puede cambiar su PCP en línea dentro del portal seguro para afiliados. Un afiliado puede cambiar su PCP de forma mensual. Tenga en cuenta que cualquier cambio en el PCP seleccionado dentro del primer mes de la membresía entrará en vigencia en la fecha de solicitud de cambio de PCP. Si solicitó un cambio de PCP después de su primer mes de membresía, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Buckeye le enviará una carta y una nueva tarjeta de identificación para informarle que su PCP ha cambiado y la fecha en la que puede comenzar a consultar con su nuevo PCP.

Para conocer los PCP de Buckeye, puede consultar su Directorio de proveedores (si solicitó una copia impresa), visitar nuestro sitio web [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com) o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para obtener ayuda.

# ATENCIÓN DE EMERGENCIA

## Atención Fuera del Área, Fuera del Horario de Atención y de Emergencia

### Atención Fuera del Área y Fuera del Horario de Atención

Si el consultorio de su PCP está cerrado o si usted está fuera de su casa en cualquier lugar de los Estados Unidos y tiene un problema que no es de emergencia, llame a su PCP de Buckeye al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. También puede llamar sin cargo a la Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas durante las 24 horas, los siete días de la semana al 1-866-246-4358, (TTY 1-800-750-0750). Un profesional de enfermería le responderá y le ayudará a determinar qué hacer.

La atención médica está disponible a través de los proveedores de Buckeye las 24 horas, los siete días a la semana. Cuando llame a su PCP fuera del horario de atención, le responderá un servicio de respuestas o una contestadora con instrucciones específicas. Asegúrese de seguir las instrucciones que escuche de la contestadora. El servicio de respuestas hará que su PCP o el médico que está reemplazando a su PCP le devuelva la llamada. Dígales que es un afiliado de Buckeye y explique su problema. Ellos le dirán qué hacer. También puede visitar un centro de atención de urgencia contratado incluido en nuestro Directorio de proveedores o en nuestro sitio web [www.buckeyehealth.com](http://www.buckeyehealth.com). Además, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de manera gratuita al 1-866-246-4358, (TTY 1-800-750-0750).

## SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted considera que es tan grave que debe recibir tratamiento inmediato de un médico. Cubrimos la atención de emergencia en el condado donde viva y fuera de este, en cualquier parte de los Estados Unidos.

### Algunos ejemplos de cuándo son necesarios servicios de emergencia incluyen los siguientes:

- Dolor de pecho
- Envenenamiento
- Fractura de brazo o pierna
- Sangrado abundante
- Quemaduras graves
- Falta de aire repentina o dificultad para respirar
- Aborto involuntario/embarazo con hemorragia vaginal

No es necesario que se ponga en contacto con Buckeye para recibir autorización antes de que obtenga servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) MÁS CERCANA o diríjase a otro lugar adecuado. Si no está seguro de si debe ir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de atención primaria o a la Línea de Consultas con Enfermeras de Buckeye al 1-866-246-4358, (TTY 1-800-750-0750). Su PCP o el personal de la Línea de Consultas con Enfermeras de Buckeye pueden hablar con usted sobre su problema médico y brindarle asesoramiento sobre lo que debe hacer.

Tenga en cuenta que usted puede autorremitirse a un centro de atención de urgencia de Buckeye fuera del horario de atención si el centro está abierto en ese momento.

### Recuerde que, si necesita servicios de emergencia, debe hacer lo siguiente:

- Ir a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otro lugar adecuado. Asegurarse de informar que es afiliado de Buckeye y de mostrar su tarjeta de identificación.
- Si el proveedor que lo atiende en caso de emergencia se ocupa de su emergencia, pero considera que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia, el proveedor debe llamar a Buckeye.
- Llamar a su PCP de Buckeye (o solicitarle al hospital que llame a su PCP) lo más pronto posible. Esto es para informarle a su PCP la atención que usted recibió. El PCP puede hacerse cargo de la coordinación de su atención. Debe ponerse en contacto con su PCP dentro de las 24 horas para coordinar la atención de seguimiento dentro del área de servicio con proveedores participantes.
- Si el hospital lo deja internado, asegúrese de que llamen a Buckeye dentro de las 24 horas.

## MEDICAMENTOS CON RECETA

Consulte la página 49 para obtener información sobre los medicamentos que requieren receta médica.

Apéndice A: Único Administrador de Beneficios de Farmacia (por sus siglas en inglés, SPBM) de Ohio

## QUEJAS Y APELACIONES FORMALES

Cómo informarle a Buckeye si no está satisfecho o de acuerdo con una decisión que hayamos tomado: apelaciones y quejas formales

Si no está satisfecho con algo sobre Buckeye o sus proveedores, debe ponerse en contacto con nosotros tan pronto como sea posible. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado. Usted o alguien que usted quiera que hable en su nombre puede ponerse en contacto con nosotros. Si quiere que alguien hable en su nombre, deberá informárnoslo. Buckeye quiere que se ponga en contacto con nosotros para poder ayudarlo. Para comunicarse con nosotros:

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).
- Complete el formulario en su Manual del Afiliado.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le envíen por correo un formulario.
- Visite nuestro sitio web [www.buckeyehealth.com](http://www.buckeyehealth.com), o
- Escribanos una carta para contarnos con lo que no está satisfecho. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de su tarjeta de identificación de afiliado de Buckeye y su dirección y número de teléfono para que podamos ponernos en contacto con usted, si es necesario.

También debe enviarnos cualquier información que ayude a explicar su problema, como la fecha y el lugar donde ocurrió el problema.

Envíe por correo el formulario o la carta a la siguiente dirección:

**Buckeye Health Plan**  
Appeals/Grievance Coordinator  
4349 Easton Way, Suite 300  
Columbus, OH 43219

**Buckeye le enviará un documento por escrito si tomamos una decisión de lo siguiente:**

- Rechazar una solicitud de cubrir un servicio para usted.
- Reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que estaban aprobados.
- Negar el pago por un servicio que usted recibió que Buckeye no cubre.

**También le enviaremos un documento por escrito si, para la fecha en que deberíamos haberlo hecho, no hicimos lo siguiente:**

- Tomamos una decisión de aprobar una solicitud de cubrir un servicio para usted.
- Le dimos una respuesta sobre algo con lo que usted nos dijo no estar satisfecho.

Si no está de acuerdo con la decisión o acción que figura en la carta y se pone en contacto con nosotros en un plazo de 60 días calendario para solicitar que cambiemos nuestra decisión o acción, esto se denomina apelación. El período de 60 días calendario comienza el día después de la fecha de envío en la carta. A menos que le indiquemos una fecha diferente, le daremos una respuesta a su apelación por escrito en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en que se puso en contacto con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión o acción a consecuencia de su apelación, le notificaremos de su derecho a solicitar una audiencia ante el estado. Solo puede solicitar una audiencia ante el estado después de haber pasado por el proceso de apelación de Buckeye.

Si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que se aprobaron, la carta le indicará cómo puede continuar recibiendo los servicios si lo elige y cuándo es posible que deba pagar por estos.

## Quejas Formales

Si se pone en contacto con nosotros porque no está satisfecho con algo sobre Buckeye o uno de nuestros proveedores, esto se denomina queja formal. Buckeye le dará una respuesta a su queja formal por teléfono (o por correo si no podemos comunicarnos por teléfono) dentro de los plazos especificados a continuación:

- Dos días hábiles para quejas formales por no poder recibir atención médica.
- Treinta días calendario para toda otra queja formal, excepto las quejas formales por recibir una factura por atención que recibió.
- Sesenta días calendario para quejas formales por recibir una factura por atención que recibió.

**También tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento poniéndose en contacto con los siguientes departamentos:**

### **Ohio Department of Medicaid**

Bureau of Managed Care  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709  
1-800-605-3040 o 1-800-324-8680  
TTY: 1-800-292-3572

### **Ohio Department of Insurance**

50 W. Town Street, 3rd Floor, Suite 300  
Columbus, Ohio 43215  
1-800-686-1526

## Audiencias ante el Estado

Una audiencia ante el estado es una reunión con usted o su representante autorizado, alguien del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, alguien de Buckeye Health Plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias ante el Estado del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué considera que Buckeye Health Plan no tomó la decisión correcta, y Buckeye Health Plan explicará los motivos por los cuales tomó la decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene la razón a partir de las normas y la información proporcionada.

**Buckeye le notificará de su derecho a solicitar una audiencia ante el estado si sucede lo siguiente:**

- No cambiamos nuestra decisión o acción a consecuencia de su apelación.
- Se toma la decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios aprobados.
- Se toma la decisión de proponer o continuar la inscripción en el programa CSP de Buckeye.
- Se toma la decisión de denegar su solicitud de cambiar su proveedor del programa CSP de Buckeye.

Si quiere una audiencia ante el estado, usted o su representante autorizado debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días calendario. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío en el formulario de audiencias. Si su apelación fue por una decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que se aprobaron, la carta le indicará cómo puede continuar recibiendo los servicios si lo elige y cuándo es posible que deba pagar por estos. Si proponemos inscribirlo en el Coordinated Services Program y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío en el formulario, no lo inscribiremos en el programa hasta tener la decisión de la audiencia.

Por lo general, las decisiones de las audiencias ante el estado se toman en un plazo máximo de 70 días calendario después de haber recibido la solicitud. No obstante, si el MCP o la Oficina de Audiencias ante el Estado decide que su afección médica cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se tomará tan rápido como sea necesario, pero en un plazo máximo de tres días hábiles después de haber recibido la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que el plazo de la toma de decisiones estándar podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y enviar el formulario de audiencias ante el estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias ante el Estado al 1-866-635-3748 o enviar su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). Una audiencia ante el estado es una reunión con usted, alguien del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, alguien de Buckeye y un funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio. Buckeye le explicará por qué tomamos nuestra decisión y usted indicará por qué piensa que tomamos la decisión equivocada. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene razón según la información dada y si seguimos las reglas. Si desea obtener información sobre los servicios legales gratuitos, pero no conoce el número de la oficina local de asistencia legal, puede llamar al número gratuito de la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888, para obtener el número local.

# Formulario para Quejas Formales o Apelaciones

Si desea presentar una queja formal o apelación, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750). Si no tiene acceso a un teléfono, puede completar este formulario o escribir una carta que contenga la información que se solicita abajo. Debe enviar el formulario completo o su carta a la siguiente dirección:

**Buckeye Health Plan**  
Appeals/Grievance Coordinator  
4349 Easton Way, Suite 300  
Columbus, OH 43219

O enviar un fax al 1-866-719-5404 luego del hecho que dio lugar a la queja.

*Tenga en cuenta: Debe brindar información de contacto completa y exacta abajo para que Buckeye pueda ponerse en contacto con usted para trabajar con usted en resolver su problema.*

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del afiliado: \_\_\_\_\_

Número de MMIS del afiliado: \_\_\_\_\_

Tutor legal/Padre que tiene la custodia: \_\_\_\_\_

¿Se ha informado antes a un empleado de Buckeye sobre este problema? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿A quién? \_\_\_\_\_

Naturaleza de la queja: (Indique todos los detalles relacionados con el incidente en cuestión, incluidos nombres, fechas, lugares, etc. Adjunte hojas adicionales de documentación de apoyo sobre su queja formal o apelación, en caso de ser necesario).

---

---

---

---

---

Buckeye completará la sección de abajo. Resolución:

---

---

---

---

---

Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

# TERMINACIÓN DE LA MEMBRESÍA

## Terminación de la Membresía

### **Pérdida de Elegibilidad para Medicaid**

Es importante que mantenga sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado. Si no asiste a una visita o no les brinda la información que solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto sucede, se le indicará a Buckeye que suspenda su membresía como afiliado de Medicaid y usted ya no tendrá cobertura de Buckeye.

### **Aviso de Pérdida del Seguro (Certificación de Cobertura Acreditable)**

En el momento en que usted pierde el seguro de salud, debe recibir un aviso de su compañía de seguro anterior conocido como certificado de cobertura acreditable; en este se le indica que ya no tiene seguro. Es importante que conserve una copia de este aviso para sus registros, ya que le podrían solicitar que proporcione una copia.

### **Renovación Automática de la Membresía en el MCP**

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta comienza de nuevo dentro de los 90 días, automáticamente volverá a ser afiliado de Buckeye.

### **Cancelación de su Membresía en el MCP**

Como afiliado de un plan de atención administrada, tiene derecho a elegir cancelar su membresía en ciertos momentos del año. Puede elegir cancelar su membresía durante los primeros tres meses de la membresía o durante el mes de inscripción abierta anual de su área. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará un documento por correo para notificarle cuándo será el mes de inscripción abierta anual. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan de atención administrada para recibir su atención de salud.

Si piensa cancelar su membresía para cambiarse a otro plan de salud, debe conocer sus opciones, en especial si desea mantener sus médicos actuales. Recuerde: cada plan de salud tiene su propia lista de médicos y hospitales que le permitirán usar. Cada plan de salud también tiene información por escrito que explica los beneficios que ofrece y las normas por las que se rigen. Si desea obtener información por escrito sobre un plan de salud en el que piensa inscribirse o si solo desea hacer preguntas sobre el plan de salud, puede llamar al plan o llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680, TTY 1-800-292-3572. Para obtener información sobre los planes de salud en su área, también puede visitar el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com).

Si desea cancelar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta de su área, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680, TTY 1-800-292-3572. También puede enviar una solicitud en línea en el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). La mayoría de las veces, si usted llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de ese período, su membresía no finalizará hasta el primer día del otro próximo mes. Si elige otro plan de atención administrada, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de la membresía.

## Terminaciones de la Membresía por una Causa Justa

A veces puede existir una razón especial por la cual debe cancelar su membresía en un plan. Esto se llama terminación de la membresía por una "causa justa". Antes de poder solicitar una terminación de la membresía por una causa justa, primero puede llamar a Buckeye y darnos una posibilidad de resolver el asunto. Si no podemos resolver el asunto, puede solicitar una terminación por una causa justa en cualquier momento si tiene una de las siguientes razones:

1. Se mudó y su MCP actual no se encuentra disponible donde vive ahora y debe recibir atención médica que no es de emergencia en su nueva área antes de que finalice su membresía en el MCP.
2. El MCP no cubre un servicio médico que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que necesita se deben recibir al mismo tiempo y no todos los servicios están disponibles en el panel de su MCP.
4. Le preocupa no estar recibiendo atención de calidad y los servicios que necesita no se encuentran disponibles de otro proveedor en el panel de su MCP.
5. No tiene acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid o no tiene acceso a proveedores que tienen experiencia en el manejo de sus necesidades de atención de salud especiales.
6. El PCP que eligió ya no se encuentra en el perfil de su MCP y era el único PCP en el perfil de su MCP que hablaba su idioma y se encontraba a una distancia razonable de usted; u otro plan tiene un PCP en su perfil que habla su idioma y se encuentra a una distancia razonable de usted y este lo aceptará como paciente.
7. Otras: si piensa que seguir siendo afiliado en su plan de atención administrada actual le es perjudicial y no es para su beneficio.

Puede solicitar cambiar su membresía por una causa justa llamando a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680, TTY 1-800-292-3572. El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud de cambiar su membresía por una causa justa y decidirá si cumple con la razón de una causa justa. Recibirá una carta por correo en la que se le indicará si el Departamento de Medicaid de Ohio cancelará su membresía actual y la fecha en que comienza su membresía en el plan nuevo. Si se rechaza su solicitud de una causa justa, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que le explica su derecho a una audiencia ante el estado para apelar la decisión.

## Puntos que Debe Tener en Cuenta si Cambia su Membresía

**Si ha seguido cualquiera de los pasos anteriores para cambiar su membresía, recuerde lo siguiente:**

1. Continúe usando los médicos y otros proveedores de Buckeye Health Plan hasta el día en que sea afiliado de su nuevo plan de salud o vuelva a Medicaid regular.
2. Si elige un nuevo MCP y no ha recibido una tarjeta de identificación de afiliado antes del primer día del mes en que es un afiliado del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan. Si no pueden ayudarlo, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572.
3. Si se le permitió volver a su tarjeta de Medicaid regular y no ha recibido una tarjeta de Medicaid nueva, llame al asistente social del condado.
4. Si ha elegido un nuevo MCP y tiene programadas consultas médicas, llame al plan nuevo para asegurarse de que estos proveedores estén en la lista de proveedores del nuevo plan y se hayan realizado todos los trámites necesarios. Algunos ejemplos de los casos en que debe llamar al nuevo plan incluyen: cuando tiene una cita para ver a un médico nuevo, en el caso de una cirugía, análisis de sangre o rayos X programados y, en especial, si está embarazada.
5. Si se le permitió volver a Medicaid regular y tiene consultas médicas programadas, llame a los proveedores para asegurarse de que aceptarán la tarjeta de Medicaid regular.

## **Membresía Opcional**

Además, tiene la opción de no convertirse en afiliado de un plan de atención administrada si cumple con los siguientes requisitos:

- Es afiliado de una tribu india reconocida por el gobierno federal, independientemente de su edad.
- Es una persona que recibe servicios de exención de vivienda y comunitarios a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si cree que usted o su hijo cumple cualquiera de los criterios anteriores y no desea ser afiliado de un plan de atención administrada, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si alguien cumple los criterios anteriores y no desea ser un afiliado del MCP, se cancelará su membresía.

## **Excluidos de la Membresía en un MCP**

Personas que no tienen permitido inscribirse en un MCP de Medicaid:

- Personas con doble elegibilidad según los programas Medicaid y Medicare.
- Personas institucionalizadas (en una residencia de ancianos y que no sean elegibles según la categoría Extensión para Adultos, en un centro de atención a largo plazo, en un centro de atención intermedia para personas con retraso mental [ICF-MR], u en otro tipo de institución).
- Personas que reciban servicios de exención de Medicaid y que no sean elegibles según la categoría Extensión para Adultos.  
\* Si es elegible para Medicaid según la categoría Extensión para Adultos, recibirá servicios de residencias de ancianos a través del plan de atención administrada. Además, los afiliados con Extensión para Adultos con aprobación para servicios de exención permanecerán en el plan de atención administrada.

Si cree que usted cumple cualquiera de los criterios anteriores y no debe ser afiliado de un plan de atención administrada, debe llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si cumple los criterios anteriores, su membresía en el MCP se cancelará.

## **¿Puede Buckeye Cancelar mi Membresía?**

Buckeye puede solicitarle al Departamento de Medicaid de Ohio que cancele su membresía por ciertas razones. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aprobar la solicitud antes de que se pueda cancelar su membresía. Las razones por las cuales Buckeye puede pedir que se cancele su membresía son las siguientes:

- Por fraude o uso incorrecto de su tarjeta de identificación de Buckeye.
- Por comportamiento perturbador o poco colaborador en la medida en que afecte la capacidad de Buckeye de brindarles servicios a usted o a otros afiliados.

# DERECHOS COMO AFILIADO

## Sus Derechos Como Afiliado

Como afiliado de Buckeye, usted tiene los siguientes derechos:

- A recibir todos los servicios que Buckeye debe proporcionar.
- A ser tratado con respeto e interés por su dignidad y privacidad.
- A estar seguro de que la información de sus expedientes médicos se mantendrá confidencial.
- A recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar a disposición de alguien a quien usted haya autorizado legalmente a tener dicha información o que usted haya indicado que deba ser contactado en caso de emergencia, cuando proporcionarle la información a usted no sea lo más recomendable para su salud.
- A poder formar parte de la toma de decisiones sobre su atención de salud, a menos que no sea para su mejor interés.
- A recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica, que pueda brindarse de manera que usted pueda comprender.
- A estar seguro de que otras personas no puedan escucharlo o verlo cuando reciba atención médica.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de fuerza, disciplina, facilidad, o venganza, según se especifica en las regulaciones federales.
- A solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos y a poder solicitar cambios o correcciones a los registros, en caso de necesario.
- A poder aprobar o no la divulgación de información sobre usted, a menos que Buckeye deba hacerlo por ley.
- A poder rechazar un tratamiento o terapia. Si lo rechaza, el médico o Buckeye debe hablar con usted sobre lo que podría pasar y debe colocar una nota en su expediente médico sobre esto.
- A poder presentar una apelación, una queja formal o a solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 30 de este manual para obtener información.
- A poder recibir de Buckeye toda información del afiliado de Buckeye por escrito:
  - sin costo alguno para usted;
  - en los idiomas predominantes de los afiliados que no sean inglés en el área de servicio de Buckeye; y
  - de otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los afiliados que, por cualquier motivo, puedan tener problemas para leer la información.
- A poder recibir ayuda gratis de Buckeye y sus proveedores si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- A poder recibir ayuda mediante lenguaje de señas si tiene problemas auditivos.
- A que se le informe si el proveedor de atención médica es un estudiante y a poder rechazar su atención.
- A que se le informe sobre cualquier atención experimental y a poder negarse a participar.
- A preparar instrucciones anticipadas (testamento en vida). Consulte el folleto en su Paquete para Afiliados nuevo que explica sobre las instrucciones anticipadas. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.
- A presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio porque no se siguieron sus instrucciones anticipadas.
- A cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) por otro PCP en el panel de Buckeye, al menos de forma mensual. Buckeye debe enviarle un documento por escrito que indique quién es el nuevo PCP para la fecha del cambio.
- A ser libre de ejercer sus derechos y saber que Buckeye, los proveedores de Buckeye o el Departamento de Medicaid de Ohio no usarán esto en su contra.
- A saber que Buckeye debe cumplir con todas las leyes estatales y federales y otras leyes de privacidad que se apliquen.
- A elegir el proveedor que le proporcione atención siempre que sea posible y adecuado.

- Si es mujer, a poder consultar con un proveedor de salud de la mujer del panel de Buckeye para recibir servicios de salud de la mujer cubiertos.
- A poder recibir una segunda opinión de un proveedor calificado del panel de Buckeye. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, Buckeye debe coordinar una consulta con un proveedor que no se pertenezca a nuestro panel.
- A recibir información sobre Buckeye de nosotros.
- A ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o la Agencia de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia a las direcciones que se encuentran a continuación por cualquier queja relacionada con discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

**Office for Civil Rights**

United States Department of Health and Human  
Services  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 886-2359, (312) 353-5693 TTY

**Bureau of Civil Rights**

Ohio Department of Job and Family Services  
30 E. Broad Street, 30th Floor  
Columbus, Ohio 43215  
(614) 644-2703; 1-866-227-6353;  
1-866-221-6700 TTY; Fax: (614) 752-6381

# RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO

## Sus Responsabilidades Como Afiliado

Como afiliado de Buckeye, usted también tiene diversas responsabilidades. Estas se utilizan para conocer y comprender todos los derechos que usted tiene en virtud del programa de Medicaid. **Esto incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:**

- Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
- Hacer cualquier cambio en su plan de salud y su proveedor de atención primaria de las maneras establecidas por el programa de Medicaid y por Buckeye.
- Concurrir a las citas programadas.
- Llevar su tarjeta de identificación con usted.
- Notificar a su PCP si recibe tratamiento en la sala de emergencias.
- Cancelar citas de antemano si no puede asistir.
- Si Buckeye le proporciona transporte para que asista a una cita médica, usted debe llevar un asiento de seguridad para niños si viaja con un niño que tenga menos de 4 años o que pese menos de 40 libras.
- Comunicarse siempre primero con su PCP o con la Línea de Consultas con Enfermeras de Buckeye por sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Dirigirse a la sala de emergencias únicamente cuando considere que se trata de una emergencia.
- Compartir información relacionada con su estado de salud con su PCP e informarse sobre todas las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:
  - Informar a su PCP sobre su salud.
  - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención de salud y hacer preguntas sobre las diferentes formas en las que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
  - Ayudar a sus proveedores a obtener sus expedientes médicos.
  - Participar activamente en las decisiones relacionadas con opciones seguras de servicio y tratamiento, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantener su salud.

**Esto incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:**

- Trabajar como un equipo con su proveedor para decidir qué atención de salud es la adecuada para usted.
- Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto.

## OTRA INFORMACIÓN

- Buckeye les brinda servicios a nuestros afiliados por un contrato que Buckeye tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. **Si desea ponerse en contacto con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede usar la siguiente información:**

**Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care P.O. Box 182709**

Columbus, Ohio 43218-2709  
1-800-605-3040 o 1-800-324-8680  
TTY: 1-800-292-3572

**También puede visitar el Departamento de Medicaid de Ohio en Internet en la siguiente dirección:**

[www.medicaid.ohio.gov](http://www.medicaid.ohio.gov)

- Puede ponerse en contacto con Buckeye para obtener cualquier otra información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de Buckeye y cómo les pagamos a nuestros proveedores.
- Si quiere hacernos un comentario sobre cosas que usted considera que deberíamos cambiar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).
- Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades del afiliado de Buckeye.
- Usted tiene derecho a preguntarle a Buckeye cómo evaluamos los procedimientos y servicios de atención de salud nuevos que cubrimos como beneficio.
- Usted tiene derecho a preguntarle a Buckeye las razones por las cuales tomamos las decisiones sobre su atención de salud.
- En Buckeye, su privacidad es importante para nosotros. Haremos todo lo posible para proteger sus registros médicos. Por ley, debemos proteger sus registros médicos y enviarle un Aviso de Privacidad, el cual incluimos al final de este Manual. Este Aviso de Privacidad explica cómo usamos sus registros médicos. Describe cuándo podemos compartir sus registros con terceros. Explica sus derechos sobre el uso de sus registros médicos. También le indica cómo usar estos derechos y quién puede ver sus registros médicos. Este aviso no se aplica a la información que no lo identifica. Cuando hablamos de sus registros médicos en el aviso, incluye cualquier información sobre su salud física o mental pasada, presente o futura mientras sea afiliado de Buckeye. Esto incluye brindarle atención de salud a usted. También incluye el pago por su atención de salud mientras sea nuestro afiliado.

### **Enfermedad o Lesión Accidentales (Subrogación)**

Si un afiliado de Buckeye tiene que ver a un médico por una lesión o enfermedad que otra persona o entidad comercial causó, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnoslo. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente automovilístico o porque un perro lo muerde, o si se cae y se lesiona en una tienda, es posible que otra compañía de seguro deba pagar la factura del médico o del hospital. Cuando nos llame, necesitaremos el nombre de la persona responsable, su compañía de seguro y los nombres de los abogados involucrados.

### **Otro Seguro de Salud (Coordinación de Beneficios, COB)**

Si usted o alguien en su familia tiene un seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame al Departamento de Servicios al Afiliado y al asistente social de su condado para consultar sobre el seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene seguro de salud o si sus hijos tienen seguro de salud a través de su otro padre o madre, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para brindarnos la información. También es importante que llame al Departamento de Servicios al Afiliado y al asistente social del condado si ha perdido el seguro de salud que había informado con anterioridad. Si no nos proporciona esta información, puede tener problemas al recibir atención y con las facturas.

# AVISO DE PRIVACIDAD

## Buckeye Health Plan Aviso de prácticas de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

**En vigencia a partir del 1 de enero de 2013**

Para obtener ayuda para traducir o para comprender esto, llame al 1-866-246-4358. Las personas con problemas auditivos deben llamar al número TTY 1-800-750-0750.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-866-246-4358. (TTY 1-800-750-0750).

*Se ofrecen servicios de interpretación gratis.*

### **Obligaciones de las Entidades Cubiertas:**

Buckeye Health Plan es una entidad cubierta, tal como se define y regula según la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA) de 1996. Se requiere por ley que Buckeye Health Plan mantenga la privacidad de la información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI). Tenemos la obligación de entregarle este Aviso. Incluye nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI. Debemos observar los términos del actual aviso. Debemos informarle si hay una violación de su PHI no asegurada.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Describe sus derechos a acceder, cambiar y administrar su PHI. También explica cómo usar los derechos.

Buckeye Health Plan puede cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer vigente el Aviso revisado o modificado para la PHI suya que ya tengamos en nuestro poder. También podemos hacerlo vigente para su PHI que obtengamos en el futuro. Buckeye Health Plan actualizará este Aviso sin demoras y se lo hará llegar siempre que haya una modificación material en los siguientes puntos que figuran en el aviso:

- Los Usos y Las Divulgaciones
- Sus Derechos
- Nuestras Obligaciones Legales
- Otras prácticas de privacidad declaradas en el aviso

Los avisos actualizados se encontrarán en nuestro sitio web y en nuestro Manual del Afiliado. También le enviaremos una copia a pedido por correo o correo electrónico.

### **Usos y Divulgaciones de su PHI:**

**La siguiente es una lista de la forma en que podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:**

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención de salud que le brinde tratamiento. Hacemos esto para coordinar su tratamiento entre los proveedores. También lo hacemos para que nos ayude a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar pagos de beneficios en concepto de los servicios de atención de salud que recibió. Podemos divulgar su PHI para fines de pagos a otro plan de salud, un proveedor de atención de salud u otra entidad. **Esto queda sujeto a las normas de privacidad federales. Las actividades de pago pueden incluir:**
  - Procesamiento de reclamos
  - Determinación de elegibilidad o reclamos de cobertura

- Emisión de facturaciones de primas
  - Revisión de servicios por necesidad médica
  - Ejecución de revisiones de utilización de reclamos
- **Actividades de Atención de Salud.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras actividades de atención de salud.

**Estas actividades pueden incluir:**

- Provisión de servicios al cliente
- Respuestas a quejas y apelaciones
- Provisión de administración de casos y coordinación de la atención
- Conducción de revisiones médicas de reclamos y otras evaluaciones de calidad
- Actividades de mejora

En nuestras actividades de atención de salud, podemos utilizar y divulgar su PHI a los asociados comerciales. Contaremos con acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las normas de privacidad federales. **La entidad también debe estar relacionada con usted respecto de las actividades de atención de salud que lleva a cabo. Esto incluye lo siguiente:**

- Actividades de evaluación de la calidad y mejora
  - Revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud
  - Administración de casos y coordinación de la atención
  - Detección o prevención de fraude y abuso de la atención de salud
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para tratamiento y atención médica con nosotros. También podemos usarla o divulgarla para darle información sobre alternativas de tratamiento. También podemos usarla o divulgarla para otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
  - **Según lo Exige la Ley.** Si las leyes federales, estatales o locales requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar esa información. Hacemos esto cuando el uso o la divulgación están en cumplimiento con la ley. El uso o la divulgación se limitan a las exigencias de la ley. Podría haber otras leyes o regulaciones que entren en conflicto. Si esto ocurre, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.
  - **Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de la salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA). Podemos hacer esto para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios que están bajo el control de la FDA.
  - **Víctimas de Abuso o Negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal. Esto incluye los servicios sociales o una agencia de servicios de protección que tiene autorización de la ley para tener estos informes. Haremos esto si tenemos una suposición razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - **Procedimientos Administrativos y Judiciales.** Podemos divulgar su PHI en procedimientos administrativos y judiciales. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
    - una orden de un tribunal
    - un tribunal administrativo
    - una citación
    - una convocatoria
    - una orden
    - una solicitud de descubrimiento
    - una solicitud judicial similar
  - el cumplimiento de la ley Podemos divulgar su PHI relevante a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley cuando sea necesario hacerlo.

**Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:**

- una orden judicial
- una orden de mandato judicial
- una citación
- una convocatoria emitida por un funcionario judicial
- una citación del gran jurado

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona perdida.

- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de una muerte. Asimismo, podemos divulgar su PHI a los directores de funerarias para que lleven a cabo sus tareas, según sea necesario.
- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos.

**También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la obtención, almacenamiento y trasplante de:**

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos
- **Amenazas para La Salud y La Seguridad.** Podemos divulgar su PHI si de buena fe creemos que es necesario para prevenir o mitigar una amenaza grave o inminente. Esto incluye amenazas a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Cargos Especializados del Gobierno.** Si usted es un afiliado de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI:
  - a funcionarios federales autorizados por temas de seguridad nacional
  - a actividades de inteligencia
  - al Departamento de Estado, para determinaciones de idoneidad médica
  - para servicios de protección del presidente o de otras personas autorizadas
- **Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes y enfermedades laborales u otros programas similares establecidos por la ley. Se trata de programas que brindan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, independientemente de la responsabilidad.
- **Situaciones de Emergencia.** Podemos divulgar su PHI si usted no tiene capacidad para responder o no se encuentra presente.

Esto incluye a un familiar, amigo personal cercano, agencia autorizada de asistencia ante desastres o cualquier otra persona sobre la que usted nos informó. Aplicaremos el criterio y la experiencia profesional para decidir si la divulgación es en favor de su beneficio. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la intervención de la persona en su atención.

- **Investigación.** En algunos casos, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando un estudio de investigación clínica ha sido aprobado. Ellos tienen que establecer protecciones para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

## Datos sobre Raza/Etnia, Idioma, Orientación Sexual e Identidad de Género

Podemos obtener información relacionada con su raza, etnia, idioma, orientación sexual o identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso. Podemos utilizar esta información por diversos motivos, a saber:

- asegurarnos de que recibe la atención que necesita
- crear programas para mejorar los resultados de salud
- crear información para la educación de salud
- hacer saber a los médicos sus necesidades de idioma
- abordar desigualdades en la atención de salud
- hacer saber al personal y los médicos que tratan con afiliados sus pronombres

No utilizamos esta información por los siguientes motivos:

- determinar beneficios
- pagar reclamos
- determinar su costo o elegibilidad para los beneficios
- discriminar a afiliados por cualquier razón
- determinar la disponibilidad o el acceso a la atención de salud o el servicio administrativo

## Acuerdo Verbal sobre los Usos y las Divulgaciones de Su PHI

Podemos tomar su acuerdo verbal para usar y divulgar su PHI a otras personas. Esto incluye a familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Puede objetar el uso o la divulgación de su PHI en el momento de la solicitud. Puede darnos su aceptación u objeción verbal por adelantado. También puede proporcionarla en el momento del uso o la divulgación. En estos casos, limitaremos el uso o la divulgación de su PHI. Limitamos la información a lo que es directamente relevante para la participación de la persona en el tratamiento o pago de su atención de salud.

Podemos tomar su aceptación o rechazo verbal para usar y divulgar su PHI en una situación de desastre. Podemos entregársela a una entidad autorizada de asistencia ante desastres. En estos casos, limitaremos el uso o la divulgación de su PHI. Se limitará a avisarle a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención acerca de su ubicación y estado general. Puede darnos su aceptación u objeción verbal por adelantado. También puede proporcionarla en el momento del uso o la divulgación de su PHI.

## Usos y Divulgaciones de Su PHI que Requieren Su Autorización por Escrito

**Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con unas pocas excepciones, por los siguientes motivos:**

- **Venta de la PHI.** Solicitaremos aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. Una venta de la PHI significa que nosotros recibimos un pago por divulgar la PHI de esta manera.
- **Marketing.** Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar su PHI para fines comerciales, con excepciones limitadas. Por ejemplo, cuando tenemos comunicaciones comerciales en persona con usted. O cuando entregamos obsequios promocionales de valor nominal.
- **Notas de Psicoterapia.** Solicitaremos aprobación por escrito para usar o divulgar cualquiera de las notas de su psicoterapia que podamos tener archivadas, con excepciones limitadas. Por ejemplo, para ciertas actividades de tratamiento, pago u operación de atención de salud.

Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no figuren en este Aviso se harán solamente con su aprobación por escrito. Puede revocar su aprobación en cualquier momento. La solicitud de su revocación debe hacerse por escrito. Su solicitud de revocar la aprobación entrará en vigencia en cuanto la solicite. Hay dos casos en los que no entrará en vigencia en cuanto la solicite. El primer caso es cuando nosotros ya hayamos comenzado a actuar basándonos en la aprobación pasada. Y el segundo caso es antes de haber recibido su solicitud de interrupción por escrito.

## Sus Derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto figura al final de este Aviso.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para actividades de tratamiento, pago o atención de salud. También puede solicitar divulgaciones para personas implicadas en su atención o en el pago por su atención. Esto incluye a familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide. También debe indicar a quién se aplica la restricción. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción. No la cumpliremos si la información se necesita para brindarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de su PHI para las actividades de pago o de atención de salud de un plan de salud cuando haya pagado la totalidad del servicio o artículo de su bolsillo.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI de otras maneras o a otros lugares. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara de otras maneras o a otros lugares. No tiene que explicar el motivo de su solicitud. Sin embargo, debe señalar que, si no se realiza el cambio, la información podría ponerlo en peligro. Debemos trabajar con su solicitud si es razonable e indica la otra manera o lugar donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a Acceder a una Copia de su PHI y a Recibirla.** Con excepciones limitadas, tiene el derecho de revisar u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto determinado de registros. Puede pedir que le entreguemos copias en un formato que no sea en fotocopias. Usaremos el formato que usted pide, a menos que no sea práctico hacerlo. Debe solicitar el acceso a su PHI por escrito. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le informaremos si se pueden revisar las razones del rechazo. También le haremos saber cómo solicitar una revisión o si el rechazo no se puede revisar.
- **Derecho a Modificar su PHI.** Tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su PHI si cree que la información no es correcta. Deberá solicitar esto por escrito. Debe explicar el motivo por el cual desea modificar la información. Podemos rechazar su solicitud por determinadas razones. Por ejemplo, si no fuimos nosotros los que generamos la información que usted quiere cambiar y el que generó la PHI puede hacer el cambio. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su declaración a la PHI que pide que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para informarles a otras personas acerca del cambio. Esto incluye a las personas que usted indique. También haremos el esfuerzo por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a Recibir un Informe de la Divulgación.** Tiene derecho a obtener una lista de las veces dentro de los últimos 6 años en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de actividades de tratamiento, pago o atención de salud, o las divulgaciones que usted haya autorizado y otras determinadas actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tarifas al momento de la solicitud.
- **Derecho a Presentar una Queja.** Puede presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos de privacidad o que hemos infringido nuestras prácticas de privacidad. También puede hacerlo por teléfono. Utilice la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHS) de los EE. UU. Consulte la información de contacto del sitio web del HHS en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr). Si la solicita, le daremos la dirección para que presente una queja por escrito al HHS. **NO INICIAREMOS ACCIONES CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**
- **Derecho a Recibir una Copia de este Aviso.** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento.  
Utilice la información de contacto que figura al final del Aviso. Si recibe este Aviso por medio de nuestro sitio web o por correo electrónico, puede pedir una copia en papel.

## Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre la manera de ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Utilice la información de contacto que figura a continuación.

**Buckeye Health Plan**  
Attn: Privacy Official  
4349 Easton Way, Suite 300  
Columbus, OH 43219  
**866-246-4358 (800-750-0750)**

# INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

*“Cómo usar las Instrucciones Anticipadas para expresar sus deseos sobre su atención médica”*

Muchas personas actualmente se preocupan por la atención médica que recibirían si se enfermaran tan gravemente como para no poder expresar sus deseos.

Es posible que algunas personas no quieran permanecer con soporte vital durante meses o años. Otras personas pueden querer que se tomen todas las medidas necesarias para prolongar la vida.

## Usted Tiene una Opción

Cada vez más personas toman medidas para dar a conocer sus deseos. Usted puede expresar sus deseos de atención médica por escrito mientras se encuentre sano y con la capacidad de elegir.

En el centro de salud, deben explicarle su derecho a declarar sus deseos sobre la atención médica. También deben preguntarle si ha dejado por escrito sus deseos.

La información a continuación explica sus derechos a aceptar o a rechazar la atención médica según la ley de Ohio. Le ayudará a elegir su propia atención médica.

Esta información también explica cómo puede manifestar sus deseos sobre la atención que quisiera recibir si no pudiera elegirla usted mismo.

Esta información no incluye asesoramiento legal, pero le ayudará a comprender sus derechos según la ley.

Para obtener asesoramiento legal, debería hablar con un abogado. Para obtener información sobre servicios legales gratuitos, llame al 1-800-589-5888, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

## Instrucciones Anticipadas

### **¿Cuál es la diferencia entre un poder legal para atención médica permanente y un testamento vital?**

Su testamento vital explica, por escrito, el tipo de atención médica que le gustaría recibir si no pudiera expresar sus deseos.

Un poder legal permanente le permite elegir a una persona para que cumpla sus deseos de atención médica cuando no pueda actuar por usted mismo.

### **Si tengo un poder legal para atención médica permanente, ¿necesito también un testamento vital?**

Es posible que quiera tener ambos. Cada uno se ocupa de diferentes partes de su atención médica.

El testamento vital les indica sus deseos directamente a sus médicos, pero solo menciona sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital.

Un poder legal para atención médica permanente le permite a una persona que usted elija cumplir sus deseos de toda la atención médica cuando no pueda actuar por usted mismo. Un poder legal para atención médica permanente no sustituye un testamento vital.

### **¿Puedo cambiar mis instrucciones anticipadas?**

Puede cambiar sus instrucciones anticipadas cuando quiera. Si ya tiene instrucciones anticipadas, asegúrese de que respeten la ley de Ohio (en vigencia a partir del 10 de octubre de 1991). Puede ponerse en contacto con un abogado para obtener ayuda. Es una buena idea repasar sus instrucciones anticipadas de vez en cuando. Asegúrese de que todavía indiquen lo que usted desea y que cubran todas las áreas.

## **Si no tengo instrucciones anticipadas, ¿quién elige la atención médica cuando yo no puedo hacerlo?**

La ley de Ohio le permite a su familiar más cercano elegir la atención médica si agoniza y no puede actuar por usted mismo. Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine, su familiar más cercano podría decidir suspender o no usar el soporte vital después de 12 meses. Su familiar más cercano también puede decidir suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua (consulte debajo).

### **¿Cuáles son mis derechos?**

Usted tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea un tipo determinado de atención, tiene derecho a decirle al médico que no lo quiere.

### **¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué sucede si no puedo dar a conocer mis deseos?**

La mayoría de las personas pueden dar a conocer sus deseos sobre la atención médica a sus médicos. Pero algunas personas se enferman demasiado para decirles a los médicos el tipo de atención que quieren.

Según la ley de Ohio, usted tiene derecho a completar un formulario mientras pueda actuar por usted mismo. El formulario les indica a los médicos lo que desea hacer si no puede dar a conocer sus deseos.

### **¿Qué tipos de formularios existen?**

Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o instrucciones anticipadas, que puede usar. Puede usar un testamento vital, una declaración sobre tratamiento de salud mental, un poder legal para atención médica permanente o una orden de no reanimar (por sus siglas en inglés, DNR).

Complete las instrucciones anticipadas mientras sea capaz de actuar por usted mismo. Las instrucciones anticipadas les indican al médico y a los demás sus deseos sobre la atención médica.

### **¿Debo completar instrucciones anticipadas antes de recibir atención médica?**

No. Nadie puede obligarlo a completar instrucciones anticipadas. Usted decide si desea completar un formulario.

### **¿Quién puede completar instrucciones anticipadas?**

Cualquier persona mayor de 18 años que conserve sus facultades mentales y tome sus propias decisiones puede completar instrucciones anticipadas.

### **¿Necesito un abogado?**

No, no es necesario tener un abogado para completar instrucciones anticipadas. Sin embargo, puede decidir consultar a un abogado.

### **¿Las personas que me brindan atención médica deben cumplir mis deseos?**

Sí, si sus deseos cumplen con la ley estatal. Sin embargo, la ley de Ohio incluye una cláusula de conciencia. Es posible que una persona que le brinda atención médica no pueda seguir sus deseos porque van en contra de su conciencia. Si es así, le ayudará a encontrar a alguien más que los cumpla.

## Testamento Vital

Este formulario le permite manifestar por escrito sus deseos sobre la atención médica. Usted puede elegir lo que quiere si estuviera demasiado enfermo como para dar a conocer sus propios deseos. Puede indicar cuándo quisiera recibir el suministro artificial de alimentos y agua o cuándo no.

### ¿Cómo funciona un testamento vital?

Un testamento vital establece en qué medida desea usar los métodos de soporte vital para extender su vida. Entra en vigencia solo cuando usted se encuentra en las siguientes situaciones:

- se encuentra en estado de coma que no se espera que termine, O BIEN
- está más allá de la ayuda médica, sin esperanzas de mejorar y no puede dar a conocer sus deseos, O BIEN
- está agonizando y no puede dar a conocer sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben hacer lo que usted indica en su testamento vital. Un testamento vital les da derecho a cumplir sus propios deseos.

Solo usted puede cambiar o cancelar su testamento vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

## Orden de No Reanimar

Las reglamentaciones estatales ofrecen un protocolo de cuidados paliativos con orden de no reanimar (DNR) y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco según lo desarrollado por el Departamento de Salud de Ohio. Una orden de no reanimar es una instrucción emitida por un médico o, en ciertas circunstancias, por un enfermero profesional certificado o un especialista en enfermería clínica que identifica a una persona y especifica que no se debe administrar RCP a la persona antes identificada. RCP significa reanimación cardiopulmonar o un componente de la reanimación cardiopulmonar, pero no incluye despejar las vías respiratorias de una persona con un propósito que no sea aquel de un componente de RCP.

El protocolo de cuidados paliativos con orden de no reanimar y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco enumera las medidas específicas que los paramédicos, los técnicos médicos de emergencia, los médicos o los enfermeros tomarán al asistir a un paciente con un pedido de cuidados paliativos con orden de no reanimar y cuidados paliativos en caso de paro cardíaco. El protocolo también enumera qué acciones específicas no se deben seguir.

Debe hablar con su médico sobre las opciones del protocolo y de la orden de cuidados paliativos con orden de no reanimar y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco.

## Poder Legal Permanente

Un poder legal para atención médica permanente es diferente de otros tipos de poderes legales. Este folleto habla solo del poder legal para atención médica permanente, no sobre otros tipos de poderes legales.

Un poder legal permanente le permite elegir a alguien para que cumpla sus deseos de atención médica. La persona actúa en su nombre cuando usted no puede hacerlo. Esto podría ser durante un período corto o largo.

### ¿A quién debo elegir?

Puede elegir a un pariente o amigo adulto en quien confíe para que actúe en su nombre cuando usted no puede hacerlo. Asegúrese de hablar con la persona sobre lo que usted desea. Luego escriba lo que desea o lo que no desea en su formulario. También debe hablar con su médico sobre lo que desea. La persona que elige debe cumplir sus deseos.

## ¿Cuándo entra en vigencia el poder legal para atención médica permanente?

El formulario entra en vigencia solo cuando usted no puede decidir sobre su atención médica por usted mismo, ya sea durante un período corto o largo.

Este formulario le permite a su pariente o amigo suspender el soporte vital solo en las siguientes circunstancias:

- si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine, O BIEN
- si se prevé que morirá.

## Declaración sobre Tratamiento de Salud Mental

Una declaración sobre tratamiento de salud mental se concentra más específicamente en la atención de salud mental. Le permite a una persona, mientras es capaz, nombrar a un representante para que tome decisiones en su nombre cuando esta no tenga la capacidad de decidir. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos sobre el tratamiento. La persona puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamiento, y las preferencias relacionadas con la admisión o la retención en un centro.

La declaración sobre tratamiento de salud mental sustituye el poder legal para atención de salud mental permanente, pero no sustituye el testamento vital.

## Estate Recovery

Si está permanentemente institucionalizado o tiene más de 55 años al momento de recibir los beneficios de Medicaid, el Estate Recovery Program puede recuperar pagos por el costo de su atención pagada por Medicaid con su patrimonio. El costo de su atención puede incluir el costo del pago por cabeza que Medicaid paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago por cabeza es mayor que el costo de los servicios que recibió. Estate Recovery solo ocurre luego del fallecimiento del beneficiario de Medicaid.

## Otros Asuntos para Pensar

### ¿Qué implica suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua?

El suministro artificial de alimentos y agua hace referencia a la nutrición proporcionada a través de tubos que le colocan dentro del cuerpo. Poder decidir si se suspende o no se usa el suministro depende de su estado de salud.

- Si se espera que usted muera y no puede dar a conocer sus deseos  
Y su testamento vital solo menciona que usted no quiere que se usen métodos de soporte vital para prolongar su vida,  
EN ESE CASO se puede suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua.
- Si se espera que usted muera y no puede dar a conocer sus deseos,  
Y usted no tiene un testamento vital,  
EN ESE CASO la ley de Ohio le permite a su familiar más cercano suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua.
- Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine  
Y su testamento vital indica que no quiere el suministro artificial de alimentos y agua,  
EN ESE CASO se puede suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua.
- Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine,  
Y usted no tiene un testamento vital,  
EN ESE CASO la ley de Ohio le permite a su familiar más cercano suspender o no usar el suministro artificial de alimentos y agua. Sin embargo, debe esperar 12 meses y obtener la aprobación de un tribunal testamentario.

## **Si completo instrucciones anticipadas, ¿estoy aceptando la eutanasia o el suicidio asistido?**

No, la ley de Ohio no permite la eutanasia o el suicidio asistido.

## **¿Dónde obtengo los formularios de instrucciones anticipadas?**

Muchas personas y lugares que le brindan atención médica tienen formularios de instrucciones anticipadas. Pídale a la persona que le dio este folleto que le proporcione un formulario de instrucciones anticipadas, como un testamento vital, un poder legal para atención médica permanente, una orden de no reanimar o una declaración sobre tratamiento de salud mental. Un abogado también podría ayudarle.

## **¿Qué debo hacer con los formularios después de completarlos?**

Debe darles copias a su médico y al centro de salud para que las coloquen en sus expedientes médicos. Entregue una copia a un familiar o a un amigo en quien confíe. Si ha elegido a una persona en un poder legal para atención médica permanente, entréguele una copia.

Guarde una copia con sus documentos personales. Puede darle una copia a su abogado o a una persona del clero. Asegúrese de decirle a su familia o amigos sobre lo que ha hecho. No se trata solo de guardar estos formularios y olvidarse de ellos.

## **Donación de Órganos y Tejidos**

Los habitantes de Ohio pueden elegir si quieren donar sus órganos y tejidos a otras personas en el caso de morir. Al dar a conocer su preferencia, pueden asegurarse de que sus deseos se cumplirán de inmediato y que sus familias y seres queridos no tendrán la carga de tomar esta decisión en un momento que ya es difícil. Algunos órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos 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 donante de órganos y tejidos:**

- Puede declarar su deseo de ser donante de órganos o tejidos cuando obtiene o renueva su licencia de conducir de Ohio o la tarjeta de identificación del estado, o bien
- Puede completar el formulario de inscripción en el registro de donantes que se adjunta al formulario del testamento vital de Ohio y enviarlo a la Oficina de vehículos motorizados de Ohio.

# TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

**Apelación:** la solicitud de un afiliado de que Buckeye Health Plan/OhioRISE revise una determinación de beneficio adversa.

**Beneficios:** los servicios de atención médica que cubre Buckeye Health Plan.

**Copago:** un monto fijo que paga el afiliado por un servicio de atención de salud cubierto.

**Equipo Médico Duradero:** equipo que puede soportar el uso reiterado, se usa normalmente para cumplir un objetivo médico, usualmente no es útil para una persona si no tiene una enfermedad o herida y es apropiado para usarse en el hogar.

**Emergencias:** Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted considera que es tan grave que debe recibir tratamiento inmediato de un médico.

**Afección Médica de Emergencia:** una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (como dolor grave) tal que una persona prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría ocasionar uno de los siguientes resultados: poner en serio riesgo la salud de la persona (o, si es una mujer embarazada, la salud de la persona o su hijo por nacer); poner en serios problemas las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Transporte Médico de Emergencia:** transporte, por ambulancia, de personas enfermas, heridas o incapacitadas que requieren atención médica de emergencia.

**Atención en la Sala de Emergencia:** prueba de detección, examen o evaluación médica por parte de un médico o, en la medida que lo permitan las leyes vigentes, por parte de otro personal apropiado bajo la supervisión de un médico, a fin de determinar si existe una afección médica de emergencia y, si es ese el caso, determinar el tratamiento o la operación para un servicio cubierto por un médico que sea necesario para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las capacidades de servicio de un hospital.

**Servicios de Emergencia:** servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios o servicios de transporte médico que los proporciona un proveedor calificado y son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia también incluyen a los médicos u otros profesionales de la salud o centros de atención de salud que no sean empleados de Buckeye Health Plan/OhioRISE ni tengan vínculos contractuales con ellos.

**Servicios Excluidos:** servicios de salud que Buckeye Health Plan/OhioRISE no paga ni cubre.

**Queja Formal:** la expresión de insatisfacción de un afiliado sobre cualquier asunto, salvo una determinación de beneficio adversa. Las quejas formales pueden incluir, entre otros, la calidad de la atención o los servicios recibidos y aspectos de las relaciones interpersonales, tales como la descortesía por parte de un proveedor o empleado, o las faltas de respeto a los derechos de un afiliado, independientemente de si se solicitan acciones remediales. Las quejas formales incluyen el derecho del afiliado de disputar una extensión de plazo propuesta por un MCE para tomar una decisión autorizada.

**Servicios y Dispositivos de Habilitación:** servicios diseñados para asistir a las personas en la adquisición, retención y mejora de habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para residir en hogares y contextos comunitarios.

**Healthchek:** un programa de servicios de salud preventiva integrales a disposición de clientes de Medicaid desde su nacimiento hasta el día antes de que cumplan 21 años. El programa está destinado a mantener la salud mediante intervenciones tempranas para descubrir y tratar problemas de salud.

**Seguro de Salud:** Un contrato que requiere que su Buckeye Health Plan/OhioRISE pague parte o la totalidad de los costos de atención médica a cambio de una prima.

**Atención de Salud en el Hogar:** servicios que incluyen enfermería de salud en el hogar, servicios de ayuda de salud en el hogar y terapias calificadas.

**Servicios de Hospicio:** una agencia pública, organización privada o subdivisión de cualquiera de ellas, sujeta a las condiciones de participación conforme al C.F.R. 42, Parte 418 (1 de octubre de 2017), que está licenciado en el estado de Ohio y aprobado por el ODM para brindar atención a personas con enfermedades terminales. (5160-56-01(V)).

**Hospitalización:** atención en un hospital que requiere internación como paciente.

**Atención Hospitalaria de Pacientes Ambulatorios:** tratamientos o servicios diagnósticos terapéuticos, paliativos o de rehabilitación provistos o dirigidos por un profesional de servicios médicos que son brindados a un paciente por parte de un hospital.

**Tarjeta de Identificación:** una tarjeta para cada afiliado de Buckeye que el consultorio del médico necesita antes de que usted reciba atención.

**Medicamento necesario:** criterio de cobertura para procedimientos, artículos o servicios que eviten, diagnostiquen, evalúen o traten una afección de salud adversa como una enfermedad, una herida o sus síntomas, disfunción emocional o del comportamiento, déficit intelectual, impedimento cognitivo o discapacidad de desarrollo, sin la cual la persona puede sufrir mayor, nueva o prolongada morbilidad; impedimento en sus funciones; disfunción de un órgano o parte del cuerpo o dolor o incomodidad significativos.

**MHA:** el Departamento de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de Ohio.

**Red:** los proveedores contratados de Buckeye Health Plan/OhioRISE disponibles para los afiliados de Buckeye Health Plan/OhioRISE.

**Proveedor No Participante:** cualquier proveedor con un acuerdo de proveedor ODM que no tiene un contrato con Buckeye Health Plan/OhioRISE pero brinda servicios de atención de salud a afiliados de Buckeye Health Plan/OhioRISE.

**Proveedor Participante:** cualquier proveedor, grupo de proveedores o entidad que tiene un contrato de proveedor de la red con Buckeye Health Plan/OhioRISE de conformidad con la regla 5160-26-05 del Código Administrativo y recibe financiación de Medicaid directa o indirectamente para pedir, remitir o cubrir servicios como resultado del acuerdo de proveedor de Buckeye Health Plan/OhioRISE o contrato con ODM.

**Servicios Médicos:** (L) “Profesional de servicios médicos”: médicos, podólogos, dentistas, especialistas de enfermería clínica, parteros enfermeros profesionales, enfermeros profesionales certificados o asistentes de médicos. (5160-2-02(L)).

**Plan:** (S) “Organización de atención administrada (por sus siglas en inglés, MCO)” o “plan de atención administrada (por sus siglas en inglés, MCP)” significa una empresa de seguro de salud (por sus siglas en inglés, HIC) licenciada en el estado de Ohio que celebra un acuerdo de proveedor de atención administrada con ODM. (5160-26-01(S)).

**Servicios de Atención Postestabilización:** servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que un proveedor tratante considera médicamente necesaria luego de que la afección médica de emergencia se ha estabilizado a fin de mantener la estabilidad, o de conformidad con las circunstancias descritas en el 42 C.F.R.422.113 para mejorar o solucionar la afección del afiliado.

**Preautorización:** una decisión de Buckeye Health Plan/OhioRISE de que un servicio de atención de salud, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces llamada autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro de salud o plan puede requerir autorización previa para algunos servicios antes de que los reciba, salvo en una emergencia.

**Prima:** “Prima” significa la cantidad del pago mensual por afiliado que la MCO puede recibir como compensación por cumplir sus obligaciones de conformidad con el Capítulo 5160-26 del Código Administrativo y/o el acuerdo de proveedor con ODM. (516026-01(NN))

**Cobertura de Medicamentos con Receta:** medicamentos cubiertos por el Administrador Único de Beneficios de Farmacia (por sus siglas en inglés, SPBM) que se dispensan a los afiliados para que se usen en la residencia del paciente, incluido un centro de enfermería o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.

**Medicamentos Con Receta:** sustancias simples o compuestas o mezclas de sustancias indicadas para curar, mitigar o prevenir enfermedades, o para el mantenimiento de la salud recetadas por un médico u otro profesional de la salud con licencia dentro del alcance de esta práctica profesional según lo define y limita la ley federal y estatal; dispensados por farmacéuticos con licencia y profesionales autorizados con licencia de conformidad con la Ley Estatal de Prácticas Médicas; y dispensados por el farmacéutico o profesional con licencia en una receta por escrito que se archiva en los registros del farmacéutico o profesional.

**Proveedor o Médico de Atención Primaria:** un médico (M.D. o D.O.), un grupo de profesionales médicos, un enfermero registrado de práctica avanzada según se devine en la sección 4723.01 del Código Revisado de Ohio, un grupo de profesionales de enfermería de práctica avanzada dentro de una especialidad aceptable o un asistente de médico que cumpla los requisitos de la regla 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio al tener un contrato con Buckeye Health Plan/OhioRISE a fin de brindar servicios según se especifica en la regla 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio.

**Proveedor:** un hospital, centro de atención de salud, médico, dentista, farmacia u otra persona o entidad con licencia o certificación apropiada que está autorizada o tiene el derecho de recibir un reembolso por los servicios relacionados con la atención de salud prestados a un afiliado de Buckeye Health Plan/OhioRISE.

**Remisión:** el proceso mediante el cual su PCP recomienda o solicita servicios para usted, antes de que usted los pueda recibir. Su PCP llamará y coordinará estos servicios por usted, le dará aprobación por escrito para llevar consigo cuando obtenga los servicios remitidos o simplemente le indicará qué hacer. En algunos casos, Buckeye puede autorizar a un especialista a que haga remisiones para usted.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación:** tareas específicas que, de acuerdo con el Título 47 del Código Revisado de Ohio, deben ser brindadas de manera directa por parte de personal profesional o técnico de la atención de salud con licencia u otra certificación apropiada.

**Atención de Enfermería Calificada:** tareas específicas que, de conformidad con el Capítulo 4723 del Código Revisado de Ohio, debe realizar un enfermero práctico con licencia (por sus siglas en inglés, LPN) bajo la tutela de un enfermero registrado o directamente un enfermero registrado.

**Especialista:** un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista que no es médico es un proveedor que tiene más entrenamiento en un área específica de la atención de salud.

**Atención de Urgencia:** atención de una enfermedad, herida o afección tan grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave que requiera atención de sala de emergencias.

# ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

## English:

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Chinese Mandarin:

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1-866-246-4358 (TTY: 711)。

## German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-246-4358 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

## Pennsylvania Dutch:

Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetztscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-246-4358 1-866-549-8289 (телетайп: 711).

## French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-246-4358 (ATS : 711).

## Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Cushite:

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-246-4358 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

## Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## 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。1-866-246-4358 (TTY: 711)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 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Ukrainian:

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-246-4358 (телетайп: 711).

## Romanian:

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Somali:

LA SOCO: Haddii aad ku hadasho Ingiriisi, adeegyada taageerada luqada, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa, Wac 1-866-246-4358 (TTY: 711).

## Nepali:

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-866-246-4358 (टिटीवाइ: 711) ।

# DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Buckeye Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Buckeye Health Plan no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## **Buckeye Health Plan:**

- Brinda asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros como, por ejemplo, lo siguiente:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos gratis a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

En caso de que necesite alguno de estos servicios, póngase en contacto con Buckeye Health Plan al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).

Si usted considera que Buckeye Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante la siguiente persona: Buckeye Health Plan en Appeals Unit, 4339 Easton Way, Suite 300, Columbus, OH 43219, 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750), Fax 1-866-719-5404. Usted puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Buckeye Health Plan está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# APÉNDICE A: ADMINISTRADOR ÚNICO DE BENEFICIOS DE FARMACIA (SPBM) DE OHIO

## Contenido

### **1 Contenido del Manual del Afiliado**

#### **1.1 Identidad Corporativa**

#### **1.2 Servicios Disponibles**

##### **1.2.1 Lista de Medicamentos Preferidos**

##### **1.2.2 Autorizaciones Previas**

##### **1.2.3 Estrategias Administrativas de Utilización de Farmacias**

##### **1.2.4 Servicios Excluidos**

##### **1.2.5 Servicios Adicionales**

#### **1.3 Solicitud de Apelaciones, Quejas Formales o Audiencias ante el Estado**

#### **1.4 Recomendaciones de Cambios**

#### **1.5 Acceso a Farmacia**

#### **1.6 Medicamento para Pacientes Ambulatorios de Emergencia**

#### **1.7 Declaración de No Discriminación**

#### **1.8 Declaración de la Red de Proveedores**

#### **1.9 Red de Proveedores de Farmacia**

### **1 Contenido del Manual del Afiliado**

#### **1.1 Identidad Corporativa**

Gainwell Technologies es una compañía con más de 50 años de experiencia comprobada y reputación por su excelencia en servicio y pericia incomparable. Gainwell no opera bajo otros nombres comerciales o nombres ficticios (por sus siglas en inglés, DBA). En Gainwell, todo lo que hacemos está centrado en las personas.

La misión de Gainwell es empoderar a los clientes a través de tecnologías y soluciones innovadoras para entregar excelentes resultados en salud y servicios humanos.

Ahora usted es afiliado de nuestro Administrador Único de Beneficios de Farmacia (por sus siglas en inglés, SPBM). En Gainwell, creemos que usted merece servicios farmacéuticos de calidad y que debería recibir los más actualizados que podamos ofrecer.

En línea: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

Correo electrónico: [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

Si sospecha de algún fraude de proveedores o clientes, póngase en contacto con nuestra línea gratuita de denuncias de Fraude, Dispendio y Abuso llamando al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** y seleccione la opción para informar sobre problemas de Fraude, Dispendio y Abuso.

## 1.2 Servicios Disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos con receta y de venta libre (por sus siglas en inglés, OTC) médicamente necesarios cubiertos por Medicaid. Utilizamos una lista de medicamentos preferidos (por sus siglas en inglés, PDL), que es una lista de medicamentos que preferimos que recete su proveedor. Es posible que le solicitemos a su médico que envíe una solicitud de autorización previa en la que nos dé información adicional explicando por qué se podría requerir un medicamento específico y/o cierta cantidad de un medicamento.

Los servicios que figuran a continuación están disponibles para prestarle apoyo ante cualquier necesidad adicional que pueda tener:

- Interpretación oral.
- Servicios de traducción.
- Asistencia y servicios auxiliares.
- Información escrita en formatos alternativos, incluidos braille y letra grande.

### 1.2.1 Lista de Medicamentos Preferidos

Gainwell utiliza una PDL, que es una lista de medicamentos que preferimos que recete su proveedor. Puede encontrar una copia de la PDL por los siguientes medios:

- Bajo la pestaña de información de Medicaid en: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Iniciando sesión en su Portal para Afiliados de Gainwell en:
- El sitio web de farmacias del Departamento de Medicaid de Ohio en:
- Se puede solicitar una copia en papel llamando a Servicios al Afiliado al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**)

### 1.2.2 Autorizaciones Previas

Es posible que se le solicite a su médico que envíe una solicitud de autorización previa para ciertos medicamentos. Se enviarán estas solicitudes a su médico por distintas vías (teléfono, fax, correo postal o portal de Internet) para asegurar una revisión rápida y eficiente de su medicamento. En estas circunstancias, su proveedor enviará una solicitud de autorización al equipo de Servicios Farmacéuticos de Gainwell, donde completarán una revisión clínica del medicamento que solicite su proveedor. El equipo de Servicios Farmacéuticos de Gainwell trabajará en estrecha colaboración con su médico para tomar la mejor decisión clínica. Usted recibirá una carta por correo postal con el resultado de la decisión tomada.

Si no está de acuerdo con la decisión que haya tomado Gainwell, se le enviará información detallada sobre cómo puede apelar nuestra decisión.

Tiene la opción de llamar a la línea gratuita de Servicios al Afiliado al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) para obtener información sobre la PDL, los medicamentos que podrían requerir autorización previa o para hacer cualquier pregunta que pueda tener en relación con los medicamentos. La PDL y una lista de medicamentos que requieren autorización previa se encuentran disponibles, y puede acceder a ambas en línea en: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Es importante que usted y/o su médico se remitan a la PDL y/o la lista de medicamentos que requieren autorizaciones previas cada vez que tenga dudas, dado que estos documentos pueden cambiar.

### 1.2.3 Estrategias Administrativas de Utilización de Farmacias

La PDL se utilizará con cada revisión de autorización previa que complete el equipo de Servicios Farmacéuticos de Gainwell. Si se requiere una autorización previa, Gainwell debe aprobar la solicitud del médico antes de que usted pueda surtir su medicamento en su farmacia preferida dentro de la red. Se podría requerir una autorización previa si:

- Hay un medicamento genérico o una alternativa de la farmacia disponible.
- Existe la posibilidad de abuso/uso incorrecto del medicamento solicitado.
- Otros medicamentos deben probarse primero.
- Se han superado los límites de cantidad del medicamento solicitado.
- El medicamento que ha recetado su proveedor no está incluido en la PDL.

Por lo general, la PDL incluye múltiples opciones de medicamentos para tratar una afección en particular. Estos medicamentos diferentes se conocen como medicamentos “alternativos” y son tan efectivos como otros medicamentos sin efectos secundarios o que generen problemas de salud adicionales.

Entre las razones específicas que posiblemente se exijan a su médico para enviar una solicitud de autorización previa se encuentran las siguientes:

**Terapia Escalonada:** en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica.

**Sustitución de Medicamentos Genéricos:** en esta instancia, se le exigirá a una farmacia que entregue un medicamento genérico en lugar de uno de marca si está disponible. Los medicamentos genéricos son tan seguros y efectivos como los de marca y deben recetarse primero.

**Intercambio Terapéutico:** en esta instancia, usted no puede tomar un medicamento por razones como una alergia, intolerancia, etc. Existe la posibilidad de que un medicamento no funcione para usted y su médico le recete uno que no figura en la lista de medicamentos aprobados.

**Medicamentos Especializados:** corresponde a la revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica y requiere atención y administración de forma precisa durante el proceso de revisión de la autorización previa. En el caso de estos medicamentos, es posible que deba obtenerlos en una farmacia especializada. Su médico trabajará con Servicios Farmacéuticos de Gainwell para garantizar que usted obtenga el medicamento que necesite tan rápido como sea posible.

### 1.2.4 Servicios Excluidos

Gainwell no pagará por las siguientes categorías que no están cubiertas por el programa de farmacia de Medicaid de Ohio:

- Medicamentos para el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil.
- Medicamentos de la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (por sus siglas en inglés, DESI) o medicamentos que posiblemente se ha determinado que son idénticos, similares o relacionados.

- Medicamentos elegibles para ser cubiertos por la Parte D de Medicare.
- Medicamentos de venta libre que no figuran en la lista según lo dispuesto en el párrafo C de la norma 5160-9-03 del Código Administrativo de Ohio (por sus siglas en inglés, OAC).
- Medicamentos utilizados para indicaciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA), a menos que se respalde su uso con evidencia clínica convincente.

### 1.2.5 Servicios Adicionales

El equipo de Servicios Farmacéuticos de Gainwell también puede ayudarle con los siguientes servicios llamando a nuestra mesa de ayuda al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**). Además, puede acceder a esta información en su portal para afiliados iniciando sesión en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Ubicación de una farmacia para surtir la receta que le haya dado su proveedor.
- Verificación de su cobertura activa de farmacia.
- Obtención de suministros para pacientes con diabetes a través de su beneficio de farmacia.
- Obtención de equipos médicos duraderos (por sus siglas en inglés, DME) cubiertos a través de su beneficio de farmacia.

## 1.3 Solicitudes de Apelaciones, Quejas Formales o Audiencias ante el Estado

### Queja Formal

Si no está satisfecho con algo en relación con Servicios Farmacéuticos de Gainwell o nuestros proveedores, póngase en contacto con nosotros tan pronto como sea posible. Esto se denomina queja formal.

Para comunicarse con nosotros:

- Llame a servicios al afiliado al 1-833-491-0344 (TTY **1-833-655-2437**) y elija la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de la Mesa de Ayuda de Servicios Farmacéuticos de Gainwell.
- Complete el formulario para Quejas Formales o Apelaciones incluido en este manual del afiliado y envíelo por correo postal a Servicios Farmacéuticos de Gainwell a la dirección que figura más abajo o complételo en línea a través de su portal para afiliados.
- Visite nuestro sitio web <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
- Escribanos una carta para contarnos que no está satisfecho. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, número de identificación de Medicaid, dirección y número de teléfono para que podamos ponernos en contacto con usted, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o postal.

Correo electrónico: [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

Correo postal:  
 Gainwell Pharmacy Services  
 5475 Rings Rd.  
 Atrium II North Tower, Suite 125  
 Dublin, OH 43017-7565

Una vez que se ponga en contacto con Gainwell para enviar su queja formal, nos comunicaremos con usted por teléfono, correo postal u otros medios adecuados con los siguientes plazos:

- Dos (2) días hábiles para quejas formales por no poder recibir los medicamentos que necesita.
- Treinta (30) días calendario para toda otra queja formal.

## Apelación

Si recibe un aviso de nuestra parte con el que no está de acuerdo, puede solicitar una apelación dentro de sesenta

(60) días calendario a partir de la fecha del aviso. Gainwell le dará una respuesta a su apelación dentro de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se puso en contacto con nosotros. Si usted considera que quince

(15) días calendario podrían poner en peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, póngase en contacto con Servicios al Afiliado de Gainwell llamando al número que figura a continuación, tan pronto como sea posible para acelerar su proceso de revisión. Para solicitar una apelación:

- Llame a Servicios al Afiliado al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** y elija la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de la Mesa de Ayuda de Servicios Farmacéuticos de Gainwell.
- Complete el formulario para Quejas Formales o Apelaciones incluido en este manual del afiliado y envíelo por correo postal a Servicios Farmacéuticos de Gainwell a la dirección que figura más abajo o complételo en línea a través de su portal para afiliados.
- Visite nuestro sitio web <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
- Escriba una carta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, número de identificación de Medicaid, dirección y número de teléfono para que podamos ponernos en contacto con usted, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o postal.

Correo electrónico: [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

Correo postal:  
Gainwell Pharmacy Services  
5475 Rings Rd.  
Atrium II North Tower, Suite 125  
Dublin, OH 43017-7565

Cuando envíe una apelación, incluya la siguiente información:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid que figura en su tarjeta.
- El nombre de su médico.
- La razón por la que no está de acuerdo con el resultado entregado por Gainwell.
- Cualquier documentación o información que respalde su solicitud para revertir la decisión.

Gainwell debe darle una respuesta a su apelación dentro de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se ponga en contacto con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión, se le notificará por escrito y tendrá derecho a solicitar una audiencia ante el Estado. Debe completar el proceso de apelación antes de poder solicitar una audiencia ante el Estado.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión por una queja formal o apelación, le enviaremos una carta informándole que necesitamos hasta catorce (14) días calendario adicionales. En esa carta, también se le explicará el motivo por el que necesitamos más tiempo para completar su solicitud.

### **Audiencia ante el Estado**

Debe completar el proceso de apelación de Gainwell antes de poder solicitar una audiencia ante el Estado. Una audiencia ante el Estado es una reunión con usted o su representante autorizado, alguien del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, alguien de Gainwell y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias ante el Estado del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (por sus siglas en inglés, ODJFS). Durante esta reunión, usted explicará por qué considera que Servicios Farmacéuticos de Gainwell no tomó las decisiones correctas, y Gainwell explicará los motivos por los cuales tomó la decisión. El funcionario de audiencias tomará una decisión considerando las normas, regulaciones e información proporcionada durante la audiencia.

Se le notificará de su derecho a solicitar una audiencia ante el Estado si no cambiamos nuestra decisión a consecuencia de la apelación a Gainwell. Si desea solicitar una audiencia ante el Estado, usted o un representante autorizado debe solicitar una audiencia dentro de noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que se haya rechazado la apelación de Gainwell.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y enviar el formulario de audiencias ante el Estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias ante el Estado al **1-866-635-3748 (TTY/TDD 614-728-2985)** o enviar su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). Si desea obtener información sobre los servicios legales gratuitos, puede llamar al número gratuito de la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al **1-800-589-5888** para obtener el número local de su oficina de asistencia legal.

Por lo general, las decisiones de las audiencias ante el Estado se toman en un plazo máximo de setenta (70) días calendario después de haber recibido la solicitud. Si se determina que su afección médica cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se tomará tan rápido como sea necesario, pero en un plazo máximo de tres (3) días hábiles después de haber recibido la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que el plazo de revisión estándar podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

### **1.4 Recomendaciones de Cambios**

Como afiliado de Servicios Farmacéuticos de Gainwell, tiene derecho a hacer recomendaciones en relación con los derechos y las responsabilidades en torno a la cobertura de medicamentos.

Puede enviar sus recomendaciones por correo electrónico a Servicios Farmacéuticos de Gainwell a [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com) o llamar a Servicios al Afiliado al **1-833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985)**.

## **1.5 Acceso a Farmacia**

Servicios Farmacéuticos de Gainwell ofrece un portal para afiliados para que inicie sesión y administre sus necesidades de farmacia. Para iniciar sesión en su portal para afiliados, visite <https://spbm.medicaid.ohio.gov> e ingrese con la información personal que ha establecido para su cuenta.

Para inscribirse con un proveedor a través del Portal para Afiliados de Gainwell, puede seguir las instrucciones del sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o llamar a su línea gratuita de Servicios para Afiliados al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** para hablar con un agente de Servicios Farmacéuticos de Gainwell y recibir asistencia paso a paso para registrarse y tener acceso.

## **1.6 Medicamento para Pacientes Ambulatorios de Emergencia**

En el caso de una situación de emergencia, tendrá la opción de recibir un suministro para 72 horas (3 días) de su medicamento médicamente necesario. Si tiene dificultades con este proceso, póngase en contacto con Servicios Farmacéuticos de Gainwell llamando al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**.

## **1.7 Declaración de No Discriminación**

Servicios Farmacéuticos de Gainwell respeta las leyes estatales y federales de derechos civiles que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No tratamos de forma injusta a las personas por cuestiones de edad, raza, color, nacionalidad, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad mental o física, historial médico, estado de salud, información genética, evidencia de asegurabilidad, situación militar, condición de veterano, ascendencia, necesidad de servicios de salud para recibir algún servicio cubierto o ubicación geográfica.

Gainwell no tiene objeciones morales o religiosas a los servicios que prestamos para afiliados del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita alguno de los siguientes servicios adicionales, póngase en contacto con la línea gratuita de Servicios al Afiliado llamando al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** para hablar con un miembro del equipo:

- Interpretación oral.
- Servicios de traducción.
- Asistencia y servicios auxiliares.
- Información escrita en otros idiomas, incluidos, entre otros, español, somalí y árabe.
- Información escrita en formatos alternativos, incluidos, entre otros, braille y letra grande.

## **1.8 Declaración de la Red de Proveedores**

Gainwell trabaja con farmacias para surtir recetas cerca de su hogar y para que tenga acceso fácil a cualquiera de sus necesidades de medicamentos. Muchas de las farmacias ofrecen servicios como envío de surtido de recetas a domicilio, administración de medicamentos y asistencia si su dominio del inglés es limitado, tiene problemas auditivos o visuales o una discapacidad que requiera apoyo adicional. Las farmacias especializadas también están disponibles para entregar medicamentos con administración, almacenamiento y requerimientos de distribución específicos para tratar enfermedades de alto riesgo, complejas o raras. Si hay algún cambio en estas farmacias,

nos aseguraremos de informárselo por el sitio web, el Portal para Afiliados de Gainwell o por correo, según lo que usted determine en su solicitud de comunicación preferida.

Gainwell no cubre surtidos de recetas en farmacias que no estén registradas (fuera de la red) para dispensar medicamentos a afiliados de Medicaid de Ohio, incluidas, entre otras, farmacias alejadas de su hogar, salvo en situaciones de emergencia (si se encuentra fuera del estado en una emergencia o si una farmacia de Ohio no puede suministrar el medicamento).

### **1.9 Red de Proveedores de Farmacia**

Puede obtener información para ubicar una farmacia cubierta en su red accediendo al Directorio de Proveedores de Farmacia en línea en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o iniciando sesión en su Portal para Afiliados de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Puede solicitar una copia en papel del Directorio de Proveedores de Farmacia llamando a la línea gratuita de Servicios al Afiliado al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**.



**4349 Easton Way, Suite 120  
Columbus, OH 43219**

---



**1-866-246-4358  
TTY: 711**

---



**[buckeyehealthplan.com](https://www.buckeyehealthplan.com)**