



Atención administrada de Ohio Medicaid

Índice

Aviso	4
Números de teléfono importantes	4
Le damos la bienvenida a Buckeye Health Plan.....	6
Tarjetas de identificación (ID)	7
Información para miembros nuevos.....	8
Servicios y beneficios.....	9
Servicios que cubre Buckeye	9
Transporte	10
Los servicios de Healthchek están disponibles sin costo para los miembros e incluyen:	11
Servicios fuera de la red	14
Nuevas tecnologías.....	14
Servicios de salud del comportamiento	14
OhioRISE	15
Servicios al Miembro	16
Servicios y beneficios adicionales de Buckeye disponibles para todos los miembros	17
Start Smart For Your Baby®	17
My Health Pays®: Programa de recompensas	18
Transporte	19
Beneficios para la vista.....	19
Beneficios dentales.....	20
Atención de relevo	20
Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas	20
Programa para el asma.....	21
Recordatorios de atención de salud.....	21
Boletines informativos para miembros.....	21
Administración de la atención	21
Salud del comportamiento y salud mental	22
Servicios no cubiertos por Buckeye ni Ohio Medicaid.....	23
Servicios no cubiertos por Buckeye a menos que sean médicamente necesarios	24
Limitaciones de frecuencia.....	24
Telesalud.....	24

Proveedor de atención primaria	25
Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)	25
Cómo cambiar de PCP	25
Atención de emergencia	26
Atención fuera del área, fuera de horario y en casos de emergencia	26
Atención fuera del área y fuera de horario	26
Servicios de Emergencia	26
Medicamentos recetados	27
Quejas y apelaciones	27
Quejas	28
Audiencias ante el Estado.....	29
Formulario de quejas y apelaciones	31
Finalización de la membresía	32
Pérdida de la elegibilidad para Medicaid.....	32
Aviso de pérdida de seguro (certificado de cobertura acreditable).....	32
Renovación automática de la membresía de la MCO	32
Finalización de su membresía de la MCO	32
Finalización de la membresía por causa justa.....	33
Aspectos para tener en cuenta si cambia su membresía.....	33
Membresía opcional.....	34
Exclusión de la membresía de una MCO	34
¿Puede Buckeye finalizar mi membresía?	34
Derechos de membresía.....	35
Sus derechos de membresía	35
Servicios alternativos (ILOS)	37
Responsabilidades de la membresía.....	37
Sus responsabilidades de la membresía	37
Otra información.....	38
Lesión accidental o enfermedad (subrogación).....	39
Otro seguro de salud (coordinación de beneficios, COB)	39

Aviso de prácticas de privacidad	39
Obligaciones de la entidad cubierta:	40
Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica:	40
Usos y divulgaciones aceptables de su PHI:	40
Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI:	42
Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito	43
Derechos individuales	44
Información de contacto	45
Instrucciones anticipadas	45
Usted decide.....	45
Instrucciones anticipadas	46
Testamento vital	47
Orden de no reanimar.....	48
Poder notarial duradero.....	48
Declaración de tratamiento de salud mental	49
Recuperación de patrimonio.....	49
Otras cuestiones que debe tener en cuenta	49
Donación de órganos y tejidos	50
Terminología de la atención administrada	50
Apéndice A: Administrador de beneficios de farmacia individual (SPBM)	
de Ohio	54
Declaración de no discriminación	65
Asistencia de idiomas	66

Aviso

Si tiene algún problema para leer o comprender esta información, o cualquier otra información de Buckeye Health Plan, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY: 711) para obtener ayuda gratuita.

Podemos explicarle esta información en inglés o en su idioma principal. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-246-4358 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. La llamada es gratuita.

También puede acceder a información sobre Buckeye en nuestro sitio web, BuckeyeHealthPlan.com. Todos los miembros se pueden comunicar con Buckeye a través del sitio web. Se responderá a cada consulta en el transcurso de un día hábil desde la recepción del mensaje a través de nuestro sitio web. Esto incluye, entre otros, solicitudes de información sobre miembros, como tarjetas de identificación (ID), manuales del miembro y directorios de proveedores.

Otros servicios que se ofrecen en el sitio web incluyen:

- Noticias y eventos
- Búsqueda de proveedores (médicos, médicos especialistas y centros)
- Información sobre programas

Este Manual del miembro está en vigencia desde enero de 2026.

Números de teléfono importantes

Emergencias: 911 o número local de emergencias

Servicios al Miembro de Buckeye:
1-866-246-4358

Línea de Consultas de Enfermería disponible 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

Los Servicios al Miembro están disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., salvo los días feriados. Buckeye cierra los siguientes días feriados:

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

Buckeye también cierra dos días adicionales a lo largo del año. Notificaremos a nuestros miembros sobre estos cierres de oficina con al menos 30 días de anticipación.

Los feriados que caen en sábado se celebran el viernes anterior. Los que caen en domingo, se celebran el lunes posterior.

Línea Directa para Consumidores de Ohio: 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572)

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP): _____

N.º de teléfono del PCP: _____

N.º del PCP fuera del horario de consulta: _____

Nombre del PCP de su hijo/a: _____

N.º de teléfono del PCP de su hijo/a: _____

N.º de teléfono del PCP de su hijo/a fuera del horario de consulta: _____

Su farmacia: _____

N.º de teléfono de la farmacia: _____

Su dentista: _____

N.º de teléfono del dentista: _____

Le damos la bienvenida a Buckeye Health Plan

Le damos la bienvenida a Buckeye Health Plan (Buckeye), una filial de Centene Corporation. Ahora usted es miembro de un plan de atención de salud, también conocido como organización de atención administrada (MCO). Buckeye Health Plan brinda servicios de atención de salud a residentes de Ohio que son elegibles, incluidas las personas de bajos ingresos, mujeres embarazadas, bebés, niños, adultos mayores y personas con discapacidades.

A la hora de ofrecer servicios de salud, Buckeye no puede discriminar por motivos de origen racial, color, religión, género, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad, nacionalidad, estatus militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de atención de salud.

Es importante recordar que usted debe recibir los servicios que cubre Buckeye de parte de centros o proveedores de la red de Buckeye. Consulte la página 25 para obtener información sobre los servicios que cubre Buckeye. Solo puede usar proveedores que no pertenecen a la red de Buckeye para:

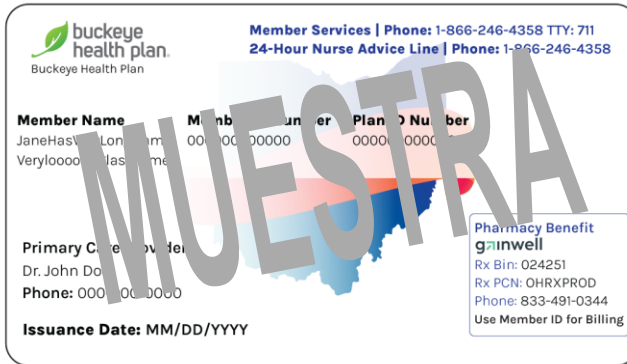
- Servicios de emergencia
- Centros de salud habilitados federalmente o clínicas de salud rurales.
- Personal de enfermería obstétrica certificada o personal de enfermería con práctica médica certificada.
- Proveedores de planificación familiar calificados.
- Departamento de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones (MHAS) de Ohio certificado.
- Centros comunitarios de salud mental y centros de tratamiento, o
- centros de tratamiento certificados por el Departamento de Servicios contra el Alcoholismo y la Adicción a las Drogas de Ohio.
- Un proveedor fuera de la red que Buckeye haya aprobado para que consulte.

Para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores, llame al departamento de Servicios al Miembro o devuelva la tarjeta postal que recibió junto con la carta de miembro nuevo y la tarjeta de identificación de miembro (ID). El directorio de proveedores enumera todos los proveedores de la red y otros que están fuera de ella, pero que puede usar para recibir los servicios. También puede visitar nuestro sitio web en BuckeyeHealthPlan.com para ver la información actualizada de la red de proveedores o llamar a los Servicios al Miembro 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)

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación (ID) de membresía de Buckeye. Cada miembro de su familia que se haya inscrito a Buckeye recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan a su tarjeta de Medicaid mensual. Cada tarjeta es válida mientras que la persona sea miembro 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 su bebé nazca para que podamos enviarle una nueva tarjeta de ID.



(Frente de la tarjeta de ID)



(Dorso de la tarjeta de ID)

LLEVE LAS TARJETAS DE ID SIEMPRE CON USTED

Necesitará su tarjeta de ID cada vez que reciba servicios médicos. Esto significa que necesitará su tarjeta de ID de Buckeye cuando:

- Visite a su proveedor de atención primaria (PCP).
- Visite a un médico especialista u otro proveedor.
- Vaya a una sala de emergencias.
- Vaya a un centro de atención de urgencia.
- Vaya a un hospital por cualquier motivo.
- Obtenga suministros médicos.
- Obtenga una receta médica.
- Se realice estudios médicos.

Llame a Servicios al Miembro de Buckeye lo antes posible al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750) en los siguientes casos:

- Aún no recibió su(s) tarjeta(s).
- Alguna información de la(s) tarjeta(s) es errónea.
- Pierde su(s) tarjeta(s).
- Tiene un bebé.

Información para miembros nuevos

Si el mes anterior a convertirse en miembro de Buckeye estaba recibiendo Medicaid de pago por servicio y ya tiene servicios de atención de salud aprobados o programados, es importante que llame *inmediatamente* (hoy o lo antes posible) a los Servicios al Miembro. En determinadas situaciones, y durante un breve periodo tras su inscripción, es posible que le permitamos recibir atención de un proveedor que no pertenezca al plantel de Buckeye. Además, es posible que le permitamos seguir recibiendo los servicios que estuvieran autorizados por Medicaid de pago por servicio. **Sin embargo, debe llamar a Buckeye antes de recibir atención.** Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención o no se pague la reclamación. Por ejemplo, tiene que llamar a Servicios al Miembro si ya tiene aprobados o programados los siguientes servicios:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas.
- Atención prenatal (embarazo) en el tercer trimestre, incluido el parto.
- Cirugía ambulatoria o que requiere hospitalización.
- Cita con un proveedor de atención primaria o especialista
- Quimioterapia o radioterapia.
- Tratamiento tras el alta hospitalaria en los últimos 30 días.
- Servicios dentales o de la vista que no son de rutina (p. ej., ortodoncia o cirugía).
- Equipo médico.
- Servicios que recibe en su domicilio, incluidos los servicios de salud en el hogar, de terapias y de enfermería.

Es muy importante que consulte la información que le proporciona Buckeye y que se comunique con los Servicios al Miembro de Buckeye si tiene alguna duda. También puede consultar el sitio web de Buckeye para averiguar si sus medicamentos requieren autorización previa. Es posible que tenga que comunicarse con la oficina del profesional que expide recetas para presentar una solicitud de autorización previa a Buckeye si es necesario. Si su medicamento requiere autorización previa, no podrá obtenerlo hasta que su proveedor presente una solicitud a Buckeye y esta sea aprobada.

Servicios y beneficios

Servicios que cubre Buckeye

Como miembro de Buckeye Health Plan, continuará recibiendo todo lo médicamente necesario (médicamente necesario se refiere a que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica). Los servicios cubiertos por Medicaid no tienen costo para usted.

Buckeye cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid.

- Acupuntura para el manejo del dolor de cabeza y de la parte baja de la espalda.
- Servicios para personas alérgicas.
- Transporte en ambulancia y camioneta adaptada para sillas de ruedas.
- Servicios de salud del comportamiento (incluidos los servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias).
- Servicios de enfermería obstétrica certificada.
- Servicios de personal de enfermería con práctica médica certificada.
- Servicios de quimioterapia.
- Servicios quiroprácticos (para la espalda).
- Servicios dentales (incluye dos exámenes orales periódicos y limpiezas por año para niños y adultos, más de lo que está disponible con Medicaid de pago por servicio).
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los seis años.
- Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio).
- Servicios de Doula.
- Equipo médico duradero (sacaleches, bolsas para almacenar leche humana, aparatos para movilidad asistida, tensiómetros).
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios en centros de salud habilitados federalmente (FQHC) o clínicas de salud rural (RHC).
- Servicios en centros de parto independientes en un centro de parto independiente (llame a los Servicios al Miembro para conocer los centros calificados).
- Atención prenatal grupal/educación grupal sobre el embarazo.
- Servicios de atención de salud en el hogar.
- Atención para pacientes terminales (atención de enfermos terminales, p. ej., pacientes con cáncer).
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.
- Consultoría sobre lactancia.
- Servicios de terapia de nutrición médica (MNT).
- Servicios en centros de enfermería durante una internación de rehabilitación de corto plazo (llame a Servicios al Miembro para conocer los proveedores disponibles; el Departamento de Medicaid en Ohio (ODM) puede determinar el regreso al pago por servicio).
- Servicios obstétricos y ginecológicos (atención por maternidad, prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo).

- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Centros de Recuperación Pediátrica (PRC).
- Servicios farmacéuticos: medicamentos administrados por proveedores (los demás servicios farmacéuticos están cubiertos por el administrador de beneficios de farmacia individual (SPBM) que tiene un contrato con el ODM).
- Servicios médicos
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Examen físico requerido para el empleo o para participar en programas de capacitación laboral, si el examen no es proporcionado sin costo por otra fuente.
- Servicios de podología (para los pies).
- Mamografías preventivas (mamas) y exámenes de detección de cáncer cervical (pruebas de Papanicolaou).
- Servicios de proveedor de atención primaria.
- Servicios privados de enfermería
- Servicios de diálisis renal (enfermedad renal).
- Servicios de relevo para miembros menores de 21 años del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), según los aprueben los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dentro de la exención 1915(b) aplicable y como se describe en la norma OAC 5160-26-03.
- Examen de detección y asesoramiento de obesidad.
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).
- Vacunas.
- Servicios de médicos especialistas.
- Servicios para la audición y el habla, incluidos los dispositivos auditivos.
- Servicios de telesalud (para conocer los proveedores disponibles, llame a Servicios al Miembro).
- Servicios para dejar de fumar, incluidos el asesoramiento para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para dejar el tabaco. Línea de Ayuda para Dejar de Fumar de Ohio 1-800-QUIT NOW (1-800-784-8669).
- Servicios de visión (ópticos), incluida una selección ampliada de anteojos y lentes de contacto (más de lo que está disponible con Medicaid de pago por servicio).
- Exámenes de control de bienestar para niños y jóvenes (Healthchek) menores de 21 años.
- Exámenes de control de bienestar anual para adultos.

Transporte

Si debe desplazarse a 30 millas o más de su casa para recibir servicios de atención de salud cubiertos, Buckeye puede proporcionar el transporte hacia el consultorio del proveedor y de regreso a su hogar. Buckeye revisa todos los traslados de más de 30 millas y trabajará con usted para que pueda acceder a la atención cerca de su hogar o cubrir el servicio según el tipo de traslado. Buckeye también puede cubrir todos los traslados necesarios en ambulancia (con autorización previa) o camioneta adaptada para sillas de ruedas. Llame a los servicios de transporte de Buckeye al 1-866-531-0615 con al menos 48 horas (dos días hábiles) de anticipación para obtener asistencia.

Además de la asistencia de transporte que proporciona Buckeye, puede obtener transporte para ciertos servicios de Transporte Médico No de Emergencia (NEMT) a través del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local de su condado para recibir ayuda con traslados de menos de

30 millas desde su hogar. Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NEMT para traslados a menos de 30 millas de su hogar. Llame al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NEMT.

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

- Servicios de proveedor de atención primaria. Los miembros pueden acudir a cualquier PCP cubierto para servicios cubiertos primarios, incluidos:
 1. Exámenes de control de bienestar anual para adultos.
 2. Vacunas.
 3. Examen físico requerido para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral si otra fuente no proporciona el examen de forma gratuita.
 4. HEALTHCHEK: Healthchek es el beneficio de servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas, educación de salud y pruebas de laboratorio para todas las personas elegibles que tienen Medicaid y son menores de 21 años. Estos exámenes son importantes para asegurarse de que los niños estén sanos y se estén desarrollando física y mentalmente. Las mujeres embarazadas deben realizarse exámenes prenatales y los niños deben realizarse exámenes al nacer, a los 3-5 días de vida y al cumplir 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses. Después, los niños deben realizarse al menos un examen al año o según lo indique la versión más reciente de las “Recomendaciones para la atención de salud pediátrica preventiva”, publicada por Bright Futures y la Academia Estadounidense de Pediatría.

Healthchek también cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, nutricionales, del desarrollo y de salud mental completos, además de otros tipos de atención para tratar problemas o condiciones físicas, mentales o de otro tipo hallados durante el examen. Healthchek cubre la mayoría de las pruebas y servicios de tratamiento. Si una prueba o un servicio no están cubiertos, requerirán autorización previa.

Los servicios de Healthchek están disponibles sin costo para los miembros e incluyen:

- Controles de rutina preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años.
- Exámenes de detección de Healthchek:
 - exámenes médicos completos (con una revisión del desarrollo de salud física y mental);
 - exámenes de la vista;
 - exámenes dentales;
 - exámenes de audición;
 - controles nutricionales;
 - exámenes del desarrollo;
 - Pruebas de detección de plomo.
- Análisis de laboratorio para determinadas edades.
- Vacunas
- Atención de seguimiento médicamente necesario para tratar problemas físicos, mentales o de otro tipo hallados durante un examen de detección. Esto podría incluir, entre otros, servicios como:

- consultas con un proveedor de atención primaria, médico especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de Buckeye para diagnosticar y tratar problemas;
- atención hospitalaria para pacientes internados y ambulatorios;
- consultas clínicas;
- medicamentos recetados;
- pruebas de laboratorio.
- Educación de salud.

Es muy importante realizarse controles preventivos y exámenes de detección para que los proveedores puedan encontrar y tratar cualquier problema de salud a tiempo o hacer una remisión a un médico especialista para tratarlo antes de que sea más grave. Algunos servicios podrían requerir una remisión del PCP o una autorización previa de Buckeye. Además, para algunos artículos o servicios de EPSDT, el proveedor podría solicitar una autorización previa de Buckeye para cubrir servicios que tienen límites o no están cubiertos para miembros mayores de 20 años. Consulte la página 13 para saber qué servicios requieren una remisión o una autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de la atención están disponibles para todos los miembros menores de 21 años que tengan necesidades de cuidado de salud especial. Consulte la página 21 para conocer más sobre los servicios de administración de la atención que ofrece Buckeye. Puede obtener servicios de Healthchek llamando al consultorio de su PCP o dentista y programando una cita. Asegúrese de indicarles que es para Healthchek. Si desea obtener más información sobre el programa de Healthchek o si necesita ayuda para acceder a la atención de servicios cubiertos, para programar una cita con un proveedor o para obtener transporte o autorización previa, comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Buckeye al 1-866-246-4358. (TTY 1-800-750-0750)

En este paquete para miembros, se encuentra el formulario que deberá completar y enviar a Buckeye Health Plan (se incluye el franqueo pagado). Usaremos la información para brindarle servicios que ayudarán a que su familia permanezca sana.

Las autorremisiones son servicios a los que puede acceder sin autorización de su proveedor de atención primaria ni de Buckeye. Puede realizar autorremisiones a un proveedor de Buckeye para los siguientes servicios:

- Servicios obstétricos (OB) o ginecológicos, que incluyen:
 - atención por maternidad prenatal y posparto, incluidos los servicios para embarazos de riesgo;
 - mamografía preventiva (mamas) y exámenes de detección de cáncer cervical (pruebas de Papanicolaou).
- Quiropráctico
- Podología (cuidado de los pies).
- Personal de enfermería obstétrica certificada.
- Atención dental de rutina.
- Servicios de la visión (ópticos) de rutina, incluidos anteojos.
- Personal de enfermería con práctica médica certificada.
- Centros de atención de urgencia.
- Servicios de médicos especialistas.
- Radiografías y análisis de laboratorio regulares (los médicos especialistas participantes también pueden solicitar exámenes de diagnóstico).

- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (algunos procedimientos quirúrgicos podrían requerir una autorización previa).
- Servicios clínicos.
- Educación de salud.
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).
- Diálisis renal (enfermedad renal).
- Transporte que no es de emergencia en vehículos accesibles para sillas de ruedas.

Puede realizar autorremisiones a cualquier proveedor para lo siguiente:

- Servicios de emergencia, incluido el transporte en ambulancia (consulte la página 26).
- Servicios y suministros de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado (enumerado en el directorio de proveedores).
- Atención en un centro de salud habilitado federalmente o en una clínica de salud rural (enumerados en el directorio de proveedores).

Los siguientes servicios requieren una remisión por parte del PCP y una autorización previa de Buckeye:

- Imágenes por resonancia magnética (MRI).
- Angiografía por resonancia magnética (MRA).
- Cirugía bariátrica.
- Manejo del dolor
- Tomografía por emisión de positrones (PET).
- Tomografía axial computarizada (CAT).
- Prueba de esfuerzo nuclear.
- Servicios en centros de enfermería durante una internación de rehabilitación de corto plazo.
- Atención de salud a domicilio
- Atención para pacientes terminales (atención de enfermos terminales, por ejemplo, pacientes con cáncer).
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (las admisiones de emergencia no requieren remisión ni autorización previa).
- Suministros médicos (algunos suministros para el control de la insulina y la glucosa en sangre para personas con diabetes no requieren autorización).
- Equipo médico duradero.
- Servicios para la audición y el habla, incluidos los dispositivos auditivos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla DESPUÉS de las primeras 30 visitas.
- Atención dental que no es de rutina (por ejemplo, cirugías).
- Servicios de la visión (ópticos) que no son de rutina (por ejemplo, cirugías).
- Transporte en ambulancia o vehículo para personas con discapacidades en casos que no sean de emergencia.
- Cirugías plásticas y reconstructivas.
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los seis años.
- Pruebas genéticas (prenatales, exámenes de detección de cáncer, pruebas para niños con retraso en el desarrollo).

Servicios fuera de la red

La cobertura para servicios fuera de la red está disponible cuando Buckeye Health Plan no puede proporcionar un servicio cubierto necesario de manera adecuada y oportuna.

Nuevas tecnologías

Buckeye quiere asegurarse de que usted tenga acceso a la atención médica más reciente. Tenemos un equipo que está al tanto de los avances de la medicina. Esto puede incluir nuevos medicamentos, pruebas, cirugías u otras opciones de tratamiento. El equipo comprueba que los nuevos tratamientos sean seguros. Les informaremos a usted y a su médico sobre los nuevos servicios que cubren sus beneficios.

Servicios de salud del comportamiento

(Incluidos los servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias).

Los servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias están disponibles en el plan. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios médicos
- Tratamiento para adicciones asistido con medicamentos.
- Pruebas psicológicas.
- Evaluación y exámenes de diagnóstico.
- Psicoterapia y asesoramiento.
- Intervención en situaciones de crisis.
- Apoyo entre pares
- Servicios de salud mental, que incluyen servicios del comportamiento terapéuticos, tratamiento psicosocial para adultos y tratamiento intensivo en el hogar para niños y adolescentes.
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, que incluyen administración de casos, grupos de apoyo para la recuperación, cuidados intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial, tratamiento residencial y administración de la abstinencia.
- Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides
- Servicios de enfermería para salud del comportamiento.
- Servicio de estabilización y respuesta móvil (MRSS).

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

Si necesita servicios de salud mental o de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, los proveedores de salud mental contratados por Buckeye están enumerados en el directorio de proveedores y se pueden consultar en nuestro sitio web, BuckeyeHealthPlan.com. También puede llamar a los Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 para recibir asistencia sobre cómo encontrar proveedores en su área.

El estado de Ohio permite que las MCO desarrollen e implementen programas para ayudar a determinados miembros que reciben medicamentos que no son médicamente necesarios a establecer y mantener una relación con su proveedor o farmacia para coordinar el tratamiento. A los miembros seleccionados para el programa de Buckeye se les proporcionará información adicional y se los notificará sobre sus derechos para una audiencia ante el Estado, según corresponda.

Los miembros que estén inscritos en el Plan de Servicios Coordinados (CSP) tendrán restricciones respecto de los médicos y farmacias a los que pueden acudir en relación con las sustancias controladas, a excepción de las situaciones de emergencia. Los miembros también tendrán la posibilidad de cambiar los proveedores designados de acuerdo con la política.

OhioRISE

OhioRISE (resiliencia a través de sistemas integrados y excelencia de Ohio) es un programa de atención administrada de Medicaid para niños y jóvenes con necesidades complejas de salud del comportamiento y multisistémicas. Los niños y jóvenes con necesidades multisistémicas suelen estar implicados en múltiples sistemas comunitarios, como la justicia de menores, la protección de menores, discapacidades del desarrollo, educación, salud mental y adicción, y otros. El objetivo de OhioRISE es apoyar a estos niños y jóvenes a tener éxito en la escuela, el hogar y la comunidad. Este apoyo se brinda a través de la coordinación de la atención y los servicios especializados que se proporcionan en el hogar o en la comunidad de las personas jóvenes.

Niños y jóvenes que pueden beneficiarse de OhioRISE:

- Aquellas personas que tienen múltiples necesidades debido a desafíos de salud del comportamiento.
- Aquellas personas que tienen necesidades multisistémicas o corren el riesgo de tener una mayor implicación en el sistema.
- Aquellas personas que corren el riesgo de ser colocadas fuera de su hogar o que regresan con sus familias tras una colocación fuera del hogar.

Una persona inscrita en el programa OhioRISE tiene los servicios de salud física cubiertos por organizaciones de atención administrada (MCO) o Medicaid de pago por servicio (FFS).

Elegibilidad para OhioRISE:

Un niño o joven puede ser elegible para acceder a OhioRISE si cumple los siguientes criterios:

- Haberse inscrito en Ohio Medicaid.
- Tener menos de 21 años.
- Necesitar un tratamiento significativo de salud del comportamiento, según se identifica en la evaluación de las necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) de Ohio, o
- estar en un hospital por necesidades de salud mental o de consumo de sustancias.

Servicios de OhioRISE

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

- **Coordinación de la atención:** Asistencia con la planificación del apoyo y la atención para las necesidades de salud del comportamiento de niños o jóvenes. El coordinador de la atención a través de la organización de atención administrada (MCO) también puede formar parte del proceso.
- **Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT):** Servicios intensivos a corto plazo dentro del hogar de niños o jóvenes para ayudarles a estabilizar y mejorar su salud del comportamiento.

- **Relevo en salud del comportamiento:** Alivio a corto plazo para los cuidadores principales de niños o jóvenes en un entorno del hogar o comunitario.
- **Fondos flexibles primarios:** Bienes y servicios adquiridos para un niño o joven para abordar una necesidad específica de salud del comportamiento.
- **Centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF):** Centros, que no sean hospitales, que ofrecen servicios de tratamiento psiquiátrico residencial intensivo a personas menores de 20 años.
- **Servicios de estabilización y respuesta móvil (MRSS):** Servicios inmediatos de salud del comportamiento para niños y jóvenes en crisis. Los MRSS ayudan a garantizar que los niños y jóvenes reciban atención urgente y necesarias en sus hogares y en la comunidad. Este servicio también se brinda a través de las organizaciones de atención administrada (MCO) y Medicaid de pago por servicio (FFS).

Exención OhioRISE

El programa OhioRISE también opera una exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad 1915(c) para jóvenes con necesidades complejas de salud del comportamiento. Un niño o joven en la exención OhioRISE debe estar inscrito en una organización de atención administrada.

Los servicios disponibles en la exención OhioRISE son:

- **Relevo fuera del hogar:** atención de relevo brindada fuera del hogar del joven para proporcionar alivio temporal a su cuidador.
- **Servicios y apoyos de transición:** servicio intensivo a corto plazo que asiste al joven y a su(s) cuidador(es) en su hogar y comunidad después de atravesar cambios en sus circunstancias; por ejemplo, cuando el joven regresa a casa tras una hospitalización en una institución de salud mental o un tratamiento residencial de salud mental.
- **Fondos flexibles primarios:** Bienes y servicios adquiridos para un niño o joven para atender una necesidad específica de salud del comportamiento.

Evaluaciones CANS

Para que un niño o joven sea evaluado para OhioRISE, comuníquese con los Servicios al Miembro de Aetna OhioRISE al 1-833-711-0773 (TTY: 711). Aetna OhioRISE puede ayudarle a encontrar un evaluador de CANS en la comunidad del niño o joven para realizar la evaluación CANS.

Información de contacto de OhioRISE

Para obtener más información sobre OhioRISE, visite managedcare.medicaid.ohio.gov/OhioRISE o AetnaBetterHealth.com/OhioRISE, o bien, comuníquese con los Servicios al Miembro de Aetna OhioRISE al 1-833-711-0773 (TTY: 711).

Servicios al Miembro

Salvo que se indique lo contrario, comuníquese con Servicios al Miembro de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750) para obtener los servicios que se enumeran a continuación. El horario de atención de Servicios al Miembro es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., excepto los días feriados enumerados en la página 5. También puede llamar a los Servicios al Miembro si desea obtener ayuda sobre quejas y apelaciones, si recibe una factura de servicios de un proveedor, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o para cambiar de proveedor de atención primaria, si necesita asistencia en idiomas o si necesita ayuda para acceder a los servicios cubiertos. Estamos para responder todas sus preguntas y resolver cualquier inquietud que tenga. Buckeye ofrece a sus miembros los servicios y beneficios adicionales que se describen a continuación.

Servicios y beneficios adicionales de Buckeye disponibles para todos los miembros

Start Smart For Your Baby®

El programa Start Smart for Your Baby está destinado a mujeres embarazadas o que recientemente tuvieron un bebé. Estamos para ayudarla durante el embarazo y después. Brindamos apoyo de diferentes formas para que todo sea menos estresante a lo largo de esta importante etapa. Nuestro objetivo es que usted curse un embarazo saludable y que su bebé tenga el mejor inicio de vida posible.

Este programa es GRATUITO e, incluso, puede obtener recompensas por asistir a las consultas médicas. Debe ir al médico en cuanto crea que está embarazada. Las consultas tempranas y periódicas son importantes para la salud de su bebé.

Este programa es para usted si:

- Está embarazada o planea quedar embarazada.
- Presenta mayor riesgo de tener un parto prematuro si fuma, consume alcohol o drogas, sufre depresión o ya tuvo un parto prematuro.
- No quiere quedar embarazada, pero tiene una vida sexual activa.
- Tiene preguntas o necesita ayuda con problemas de salud de la mujer.

Este programa le permite:

- Asistir a consultas médicas sin costo. Vaya al médico en cuanto crea que está embarazada. Las consultas tempranas y periódicas son importantes para la salud de la miembro y del bebé.
- Obtener ayuda para buscar un médico o un hospital y programar citas médicas.
- Recibir apoyo y servicios de salud mental.
- Recibir atención de personal de enfermería especialmente capacitado para satisfacer sus necesidades.
- Obtener apoyo y recursos para amamantar.
- Recibir asistencia para dejar de fumar o consumir alcohol o drogas.
- Obtener ayuda para buscar recursos comunitarios.

Los primeros pasos que debe tomar:

Si está embarazada, infórmenos completando una notificación de embarazo (NOP).

Le explicamos cómo.

1. Visite el sitio web e inicie sesión en su cuenta de miembro.
2. Complete el documento NOP que le dimos o le enviamos.
3. También puede llamarnos al 1-866-246-4358.

Si no está embarazada, llame a nuestro personal de enfermería al 1-866-246-4358 y pida hablar con un “miembro de enfermería de “Start Smart”. ¿Desea obtener más información? Llámenos al 1-866-246-4358.

- <\$75> por consulta prenatal (1. trimestre).
- <\$65> por consulta médica posparto.
- <\$100> por consulta de bienestar para bebés (entre 0 y 15 meses).
- <\$25> por consulta de bienestar para bebés (entre 15 y 30 meses).
- <\$20> Notificación de embarazo (1. trimestre).

Tenemos muchas maneras de ayudarla a tener un embarazo saludable. Pero, para hacerlo, necesitamos saber que está embarazada. Llámenos al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750) en cuanto lo sepa. Coordinaremos la atención especial que usted y su bebé necesitan.

My Health Pays®: Programa de recompensas

Ganar recompensas es fácil. Cuando seleccione determinadas opciones saludables, recibirá un monto en dólares en su tarjeta de recompensas de My Health Pays®. Las recompensas se agregan aproximadamente dos semanas después de que recibamos la reclamación por el comportamiento saludable. Si es su primera recompensa, se le enviará una tarjeta por correo. Consérvela después de usarla, ya que a medida que gane más recompensas se añadirán a la tarjeta.

Gane recompensas al completar las siguientes actividades saludables:

- <\$100> por consulta de bienestar para bebés (entre 0 y 15 meses).
- <\$25> por consulta de bienestar para bebés (entre 15 y 30 meses).
- <\$30> por consulta de bienestar para niños (entre 3 y 11 años).
- <\$50> por consulta de bienestar para adolescentes (entre 12 y 19 años).
- <\$25> por consulta de bienestar para adultos (mayores de 20).
- <\$25> por vacunas para niños (entre 0 y 2 años). Consulte el sitio web para encontrar una lista completa de requisitos de vacunas.
- <\$25> por examen de detección de plomo para niños (entre 0 y 2 años).
- <\$50> por Atención Integral Anual para la Diabetes: debe tener un diagnóstico actual de diabetes para calificar. Debe completar todo lo siguiente una vez en el año calendario:
 - Prueba de HbA1c.
 - Examen renal.
 - Examen de retinopatía (examen ocular con dilatación).
- <\$20> por vacuna contra la gripe (mayores de 6 meses).
- <\$40> por realizarse un examen de detección de cáncer de seno anual (mujeres de 50 a 74 años).
- <\$40> por realizarse un examen de detección de cáncer cervical anual (mujeres de 21 a 64 años).
- <\$25> por participar en el programa de Hogares saludables de Buckeye.

Consulta de bienestar para embarazadas y bebés:

- <\$20> por consulta prenatal de notificación de embarazo (1.º trimestre).
- <\$75> por consulta prenatal (1.º trimestre).
- <\$65> por consulta médica posparto. (entre 7 y 84 días después del parto). **La reclamación del parto debe estar registrada.**

Transporte

Buckeye brinda cobertura para transporte de ida y vuelta por los servicios cubiertos que estén a más de 30 millas. **Además, Buckeye ofrece transporte de ida y vuelta para hasta 20 visitas (40 viajes de ida) por miembro por período de 12 meses para citas de atención de salud o dental cubiertas, citas del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y citas de redeterminación con su asistente social del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS).**

Si debe desplazarse a 30 millas o más de su casa para recibir servicios de atención de salud cubiertos, Buckeye puede proporcionar el transporte hacia el consultorio del proveedor y de regreso a su hogar. Buckeye revisa todos los traslados de más de 30 millas y trabajará con usted para que pueda acceder a la atención cerca de su hogar o cubrir el servicio según el tipo de traslado. Buckeye también puede cubrir todos los traslados necesarios en ambulancia (con autorización previa) o camioneta adaptada para sillas de ruedas. Llame a los servicios de transporte de Buckeye al 1-866-531-0615 con al menos 48 horas (dos días hábiles) de anticipación para obtener asistencia.

Los miembros pueden llamar directamente a los Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 para programar el transporte. Si necesita transporte para una cita médica urgente, organizaremos una recogida directa, sin necesidad de esperar 48 horas (si se verifica con el médico).

Puede conseguir un traslado, sin costo alguno para usted, para todas sus citas médicas, lo que incluye:

- consultas dentales;
- citas de atención prenatal;
- consultas al consultorio de atención primaria;
- vacunación para niños;
- citas con médicos especialistas;
- centros de atención de urgencia;
- Citas del programa WIC
- visitas de redeterminación (cara a cara) con asistentes sociales o el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (CDJFS);
- un total de 5 transportes de ida y vuelta o 10 transportes de ida para viajes relacionados con alimentos (como viajes a un supermercado o mercado de agricultores).

Buckeye no brinda transporte para servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana de inmediato. Si no sabe con certeza si necesita ir a una sala de emergencias, llame a su PCP o a nuestra Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas, o a la Línea de Información de Salud de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750). Si se necesitan citas de atención de salud/dentales que superen los 15 traslados de ida y vuelta (30 de ida) por miembro por período de 12 meses, puede comunicarse con el ODJFS para solicitar asistencia.

Beneficios para la vista

Para mantener la visión sana, Buckeye ofrece estos beneficios para usted y su familia:

- Buckeye ofrece exámenes oculares anuales para niños y adultos.
- Todos los años, se proporcionan accesorios oculares (anteojos nuevos) para niños y jóvenes menores de 21 años y para adultos mayores de 60 años. Cada dos años, se proporcionan accesorios oculares para miembros de 21 a 59 años.

- Buckeye proporcionará \$50 por año para la compra de lentes de contacto para niños menores de 21 años y adultos de 60 años o más. \$50 cada dos años para miembros de entre 21 y 59 años de edad.
- Buckeye ofrece \$50 al año para la tarifa de adaptación de lentes de contacto para niños y jóvenes de hasta 21 años y adultos mayores de 60 años. Este beneficio está disponible cada dos años para adultos de 21 a 59 años.
- Medicaid de pago por servicio no cubre lentes de contacto. No es posible obtener tanto lentes de contacto como anteojos en el mismo año (o cada dos años para adultos de 21 a 59 años).

Beneficios dentales

Buckeye ofrece estas ventajas para la atención dental:

- Dos limpiezas y exámenes orales periódicos por año.
- Extracciones y empastes.
- Se requiere autorización previa.
- Prótesis parciales, dentaduras postizas, coronas (se requiere autorización previa).
- No hay copagos para los servicios dentales.

Atención de relevo

Los relevos son servicios que brindan un alivio temporal de corto plazo a los cuidadores informales no pagos de los miembros menores de 21 años y a aquellos elegibles de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). El objetivo es dar apoyo y preservar la relación de cuidado. Los cuidadores deben comunicarse con el administrador de atención de Buckeye del miembro para organizar este beneficio.

Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas

La Línea de Consultas de Enfermería de Buckeye disponible las 24 horas, cuenta con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, todos los días del año, y es su fuente de información de salud. El personal de enfermería de Buckeye ha pasado mucho tiempo cuidando personas. Será un placer para ellos brindarle ayuda.

Puede acceder a los servicios enumerados a continuación comunicándose con nuestra Línea de Consultas de Enfermería al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750):

- línea de asesoramiento médico;
- biblioteca de información de salud;
- ayuda para determinar dónde ir para recibir atención;
- respuestas a preguntas sobre su salud;
- asesoramiento sobre niños enfermos;
- información sobre el embarazo;
- asesoramiento sobre la cantidad de medicamento que le debe dar a su hijo/a.

¿No sabe si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia? Es posible que a veces no tenga la certeza de si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia. Llame a la Línea de Consultas de Enfermería. Un miembro del personal de enfermería puede ayudar a determinar si es una emergencia o si puede esperar. Los servicios de emergencia son aquellos que sirven para tratar un problema médico que es lo suficientemente grave para que un médico deba tratarlo de inmediato.

Programa para el asma

Si tiene un niño con asma, tenemos un Programa de Control del Asma que puede ayudar a obtener un mejor tratamiento. El asma es una enfermedad que dificulta la respiración. Las personas con asma:

- A menudo tienen falta de aire.
- Sienten opresión en el pecho.
- Hacen un silbido cuando respiran.
- Tosen mucho, especialmente por la noche.

A pesar de que el asma no tiene cura, se puede controlar. Si su hijo/a tiene asma, nuestro programa le permitirá:

- Identificar las causas que provocan un ataque de asma.
- Saber cuándo se produce un ataque de asma con la suficiente rapidez para prevenir complicaciones graves.
- Obtener los medicamentos y dispositivos adecuados para prevenir un ataque.
- Consultar con el médico de su hijo/a para que reciba tratamiento.

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

- Estuvo en el hospital durante el último año a causa del asma.
- Estuvo en la sala de emergencias dos o más veces en los últimos seis meses a causa del asma.
- Estuvo en el consultorio del médico tres o más veces en los últimos seis meses a causa del asma.
- Toma esteroides orales para tratar el asma.

Recordatorios de atención de salud

Buckeye envía periódicamente postales y mensajes de texto a los miembros para recordarles que programen citas de atención de salud importantes, por ejemplo, para vacunas, consultas dentales, mamografías y exámenes de detección de plomo.

Boletines informativos para miembros

Buckeye envía a sus miembros dos ejemplares del boletín informativo trimestral Healthy Moves por correo y publica cuatro ediciones en el sitio web de Buckeye. Estos boletines incluyen información sobre los beneficios de los programas, así como artículos sobre temas de salud y bienestar.

Administración de la atención

El **administrador de atención** de Buckeye sirve de punto único de contacto para los miembros cuando se identifican necesidades de coordinación a largo plazo. Los administradores de atención de Buckeye incluyen personal de enfermería registrado con licencia, asesores y asistentes sociales con experiencia clínica para coordinar la atención y ayudar a los miembros a alcanzar sus objetivos de atención de salud.

El **guía de atención** de Buckeye sirve de punto único de contacto para los miembros cuando se identifican necesidades de coordinación a corto plazo. Los guías de atención de Buckeye ofrecen asistencia a los miembros para necesidades principalmente no relacionadas con la atención de salud, para conectarlos con un proveedor de atención primaria y para las necesidades de atención a corto plazo tras una visita a la sala de emergencias.

El **programa de coordinación de la atención** de Buckeye ofrece continuidad de la atención a todos los miembros a través de un enfoque centrado en la persona, que pretende apoyar los objetivos del miembro y coordinar la atención entre los proveedores de atención de salud. Nuestro programa de coordinación de la atención identifica y aborda necesidades físicas, psicosociales y del comportamiento (no médicas) de los miembros, preservando las relaciones de atención existentes entre los miembros y las entidades locales de coordinación de la atención. Nuestra estrategia de coordinación de la atención abarca una amplia gama de actividades, desde brindar asistencia a corto plazo para cubrir las brechas de atención hasta proporcionar administración de la atención intensiva a largo plazo para los miembros con las necesidades más intensas. La coordinación de la atención:

- Se centra en el miembro y es inclusiva para todos los miembros.
- Se realiza en colaboración con proveedores, agencias comunitarias y los sistemas de apoyo naturales de los miembros.
- Es elegible para todos los miembros con necesidades a corto y largo plazo.
- Tiene como objetivo preservar la salud de los miembros, garantizando una atención segura, adecuada y eficaz.

Buckeye ofrece servicios de administración de la atención que están disponibles para niños y adultos que tienen necesidades de cuidado de salud especial. **Nuestro programa de administración de la atención ayuda a los miembros a saber más sobre sus problemas de salud, como:**

- Asma
- Limitaciones cognitivas o del desarrollo graves
- Tiene diabetes.
- Trasplantes
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Trastorno de abuso de sustancias de alto riesgo o de costo alto
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Visitas al servicio de emergencias o admisiones frecuentes
- Hipertensión no leve (presión arterial alta)
- Embarazos de alto riesgo
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Bebés prematuros
- HIV/sida
- Niños y niñas con necesidades especiales de atención de salud
- Enfermedad mental grave

Se ofrece asistencia para necesidades no médicas, como las siguientes: vivienda, inseguridad alimentaria, transporte, finanzas, asuntos legales, empleo, educación, equipo médico duradero y mucho más.

Salud del comportamiento y salud mental

- Sesiones individuales, grupales y familiares de asesoramiento sobre salud del comportamiento y mental y sobre trastornos por consumo de sustancias.
- Evaluaciones psicológicas y del desarrollo.
- Administración de medicamentos.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).

El programa está diseñado para que los miembros reciban asistencia de administradores de atención a fin de ayudarlos a mejorar su salud o a mantenerse saludables. También los asiste para organizar los servicios que pueden necesitar para administrar su salud. El objetivo del programa es

trabajar juntos para desarrollar un plan de atención que ayude a los miembros a ser más independientes para satisfacer sus necesidades de atención de salud. Llame al departamento de Servicios al Miembro 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.

Aunque Buckeye proporciona servicios de administración de la atención para los miembros, somos conscientes de que algunos miembros preferirían no participar. Para los miembros específicamente identificados, Buckeye cuenta con un proceso para “escoger no participar en la administración de la atención”. Si decide no participar en nuestro programa de administración de la atención, puede notificar a su administrador de la atención para declinar la participación en cualquier momento.

Si es paciente de un hospital y se siente lo suficientemente bien para recibir visitas, nuestro personal de enfermería o asistentes sociales pueden visitar su habitación para hablar sobre sus necesidades de planificación del alta, responder cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios y servicios que ofrecemos y proporcionarle información sobre el programa de administración de la atención. Nuestro personal siempre comprobará con el hospital antes de ingresar a su habitación para asegurarse de que el momento de la visita sea adecuado.

Además:

- El personal de Buckeye, incluido el de enfermería, los administradores de la atención y los trabajadores de divulgación, pueden comunicarse con el miembro si un médico solicita una llamada telefónica, si el miembro es quien solicita la llamada o si Buckeye considera que los servicios de administración de la atención serían útiles para el miembro.
- El personal de Buckeye también podría hacerle preguntas al miembro para obtener más información sobre su condición.
- El personal de Buckeye brindará información para ayudar a un miembro a entender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales.
- El personal de Buckeye hablará con el PCP del miembro y con otros proveedores de servicios para coordinar la atención.
- Los miembros pueden llamar al departamento de Servicios al Miembro de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si tienen alguna pregunta sobre los servicios de administración de la atención o si consideran que podrían beneficiarse de los servicios de administración de la atención.

Servicios no cubiertos por Buckeye ni Ohio Medicaid

Buckeye no pagará por los servicios o suministros recibidos que no estén cubiertos por Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a los Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.

- Todos los servicios que no son médicamente necesarios.
- Pruebas de paternidad.
- Servicios para determinar la causa de una muerte (autopsia).
- Servicios de suicidio asistido, definidos como aquellos servicios que tienen el fin de causar o de prestar asistencia para causar la muerte de una persona.

Servicios no cubiertos por Buckeye a menos que sean médicamente necesarios

Buckeye revisa las normas estatales aplicables y, si es necesario, realizará revisiones de necesidad médica.

Buckeye revisará las normas OAC (p. ej., la 5160-1-61) y llevará a cabo una revisión de necesidad médica si corresponde. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a los Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.

Buckeye no pagará los siguientes servicios que no están cubiertos por Medicaid, **a menos que se determine que son médicamente necesarios:**

- Abortos, a excepción de casos de denuncia de violación, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Servicios y procedimientos experimentales, que incluyen drogas y equipos, no cubiertos por Medicaid y no conformes con los estándares de práctica habituales.
- Servicios para tratar la infertilidad en hombres y mujeres, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias.
- Tratamientos hospitalarios para dejar el consumo de drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados en un hospital general están cubiertos).
- Cirugías plásticas o cosméticas que no sean médicamente necesarias.
- Servicios para el tratamiento de la obesidad, a menos que se determine que son médicamente necesarios.
- Servicios determinados por Medicare u otro pagador externo.
- Asesoramiento sexual o matrimonial.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o es legalmente incapaz de dar consentimiento al procedimiento.
- Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Buckeye.

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.

Limitaciones de frecuencia

Su organización de atención administrada revisará todas las solicitudes de servicios de su proveedor. Si tiene preguntas sobre la cobertura de un servicio, llame a Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Telesalud

La telesalud es la atención de salud directa a un paciente mediante audio o video. En lugar de asistir al consultorio para una cita, usted se queda en su casa u oficina y usa un teléfono inteligente, una tableta o una computadora para ver a los profesionales médicos y de salud del comportamiento y hablar con ellos. La telesalud no tiene costo para los miembros de Medicaid, por lo que elimina el estrés que genera la necesidad de solicitar servicios de transporte.

Los miembros de Medicaid pueden utilizar la telesalud para consultar con profesionales médicos y de salud del comportamiento sobre muchas enfermedades y lesiones, condiciones de salud comunes, citas de seguimiento y exámenes de detección, así como para solicitar medicamentos recetados.

Pregunte a su proveedor de atención de salud si ofrece servicios de telesalud.

Proveedor de atención primaria

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

La red local de proveedores de Buckeye Health Plan es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud que han acordado brindarle sus servicios de atención de salud.

Para encontrar un proveedor, visite www.buckeyehealthplan.com y use la herramienta "Find a Provider" (Buscar un proveedor). Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluidos datos como el nombre, la dirección, los números de teléfono, las calificaciones profesionales, si aceptan nuevos pacientes, los idiomas que hablan, su género, su especialidad y si han sido avalados por la junta de especialidades médicas.

Para obtener más información sobre la facultad de medicina a la que asistió el proveedor y la residencia, llame a Servicios al Miembro.

Cada miembro de Buckeye debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del directorio de proveedores de Buckeye. El PCP es un médico individual, un consultorio grupal de médicos, personal de enfermería avanzada o un consultorio de personal de enfermería avanzada que están capacitados en medicina familiar (medicina general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención de salud. Su PCP le realizará controles, solicitará vacunas y le brindará tratamiento para la mayoría de las necesidades de atención de salud de rutina. De ser necesario, su PCP le hará una derivación a otros médicos (médicos especialistas) o una admisión en el hospital.

Puede comunicarse con su PCP llamando al consultorio. El nombre y número de teléfono del PCP están impresos en su tarjeta de identificación (ID) de Buckeye.

La red local de proveedores de Buckeye Health Plan es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud que han acordado brindarle sus servicios de atención de salud.

Cómo cambiar de PCP

Si por algún motivo desea cambiar de PCP, debe llamar primero al departamento de Servicios al Miembro para solicitar el cambio. También puede cambiar de PCP ingresando en el portal seguro para miembros. Cada miembro puede cambiar de PCP mensualmente. Tenga en cuenta que los cambios de PCP ocurridos dentro del primer mes de membresía entrarán en vigencia en la fecha de solicitud de cambio de PCP. Si solicita un cambio de PCP después del primer mes de membresía, entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Buckeye le enviará una carta y una nueva tarjeta de ID para informarle acerca del cambio y la fecha en que puede empezar a ver al nuevo PCP.

Si desea conocer los nombres de los PCP de Buckeye, puede consultar el directorio de proveedores (si solicitó una copia impresa), acceder a nuestro sitio web, www.buckeyehealthplan.com, o llamar al departamento de Servicios al Miembro de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750) para obtener ayuda.

Atención de emergencia

Atención fuera del área, fuera de horario y en casos de emergencia

Atención fuera del área y fuera de horario

Si el consultorio del PCP está cerrado o si usted está lejos de su casa en cualquier parte de los Estados Unidos y tiene un problema que no es una emergencia, llame a su PCP de Buckeye al número de teléfono indicado en su tarjeta de ID. También puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin cargo, al 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750). Un profesional de enfermería responderá y ayudará a determinar qué hacer.

La atención médica está disponible por medio de los proveedores de Buckeye las 24 horas del día, los siete días de la semana. Fuera del horario de atención, cuando llame al PCP, atenderá un servicio de respuesta o una máquina contestadora con instrucciones específicas. Asegúrese de seguir las instrucciones de la máquina. El servicio de respuesta hará que su PCP o el médico que cubre a su PCP devuelvan la llamada. Infórmeles que es miembro de Buckeye y explíqueles su problema. Ellos le dirán qué hacer. También puede acudir a uno de los centros de atención de urgencia contratados que figuran en nuestro directorio de proveedores o en nuestro sitio web en www.buckeyehealth.com, o puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería gratuita al 1-866-246-4358, (TTY: 1-800-750-0750).

Servicios de Emergencia

Los servicios de emergencia son servicios para atender un problema que usted considere lo suficientemente grave para que un médico deba tratarlo de manera inmediata. Brindamos cobertura para emergencias dentro y fuera del área donde usted vive, en cualquier parte de los Estados Unidos.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que se necesitan servicios de emergencia:

- Dolor en el pecho
- Intoxicación
- Fractura de brazo o pierna
- Falta de aire repentina o dificultad para respirar
- Aborto espontáneo o embarazo con sangrado vaginal
- Sangrado grave
- Quemaduras graves

No necesita comunicarse con Buckeye para solicitar aprobación antes de recibir servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) MÁS CERCANA o a otro lugar adecuado. Si no sabe con certeza si necesita ir a una sala de emergencias, llame a su proveedor de atención primaria o a la Línea de Consultas de Enfermería de Buckeye al 1-866-246-4358, (TTY: 1-800-750-0750). Su PCP o alguien de la Línea de Consultas de Enfermería de Buckeye pueden hablar con usted sobre su problema médico y aconsejarle sobre lo que debe hacer.

Tenga en cuenta que puede realizar una autorremisión a un centro de atención de urgencia de Buckeye en cualquier momento fuera del horario de atención si ese centro está abierto.

Si necesita servicios de emergencia, recuerde lo siguiente:

- Vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otro lugar apropiado. Asegúrese de informar que es miembro de Buckeye y de mostrar su tarjeta de identificación (ID).
- Si el proveedor que le brinda atención se ocupa de la emergencia, pero cree que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar a Buckeye.
- Llame a su PCP de Buckeye (o pida que llamen a su PCP desde el hospital) lo antes posible. Esto le permite al PCP saber qué atención recibió. Entonces, puede ocuparse de coordinar su atención. Comuníquese con su PCP dentro de las 24 horas para coordinar la atención de seguimiento dentro del área de servicios con proveedores participantes.
- Si en el hospital deciden que debe quedarse, asegúrese de que llamen a Buckeye dentro de las 24 horas.

Medicamentos recetados

Consulte la página 54 para obtener información sobre los medicamentos recetados.

Apéndice A: Administrador de beneficios de farmacia individual (SPBM) de Ohio

Los miembros de Buckeye utilizarán Gainwell, el SPBM contratado del Departamento de Medicaid en Ohio (ODM) para surtir medicamentos recetados y, si necesitan ayuda, deben consultar el Manual del miembro de Gainwell.

Quejas y apelaciones

Cómo comunicar a Buckeye su disconformidad o desacuerdo con una decisión que tomamos: quejas y apelaciones

Si está disconforme con Buckeye o nuestros proveedores, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos, comuníquese con nosotros lo antes posible. Usted o alguien que desee que hable por usted pueden comunicarse con nosotros. Si quiere que alguien hable por usted, deberá indicárnoslo por escrito. Buckeye quiere ayudarle. Puede contactarnos de las siguientes maneras:

- Llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).
- Complete el formulario del Manual del miembro.
- Llame al departamento de Servicios al Miembro para solicitar que le envíen un formulario por correo.
- Visite nuestro sitio web, www.buckeyehealth.com
- Escribanos una carta contándonos sobre su disconformidad. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que figura en el frente de su tarjeta de ID de miembro de Buckeye, y su dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted, de ser necesario.

También es conveniente que envíe cualquier información que ayude a explicar su problema, como la fecha y el lugar en el que ocurrió.

Envíe el formulario o la carta por correo a:

Buckeye Health Plan

Appeals/Grievance Coordinator
4349 Easton Way, Suite 300
Columbus, OH 43219

Buckeye le comunicará por escrito si decidió:

- rechazar una solicitud para cubrir un servicio para usted;
- reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de haber recibido todos los que se hubieran aprobado,
- rechazar el pago de un servicio que recibió y que no estuviera cubierto por Buckeye.

También le comunicaremos por escrito si, para la fecha que corresponde:

- no tomamos una decisión sobre si debemos autorizar una solicitud para cubrir un servicio para usted, o
- no le dimos una respuesta sobre algo con lo que nos comentó que estaba disconforme.

Si no está de acuerdo con la decisión o acción que se menciona en la carta y se comunica con nosotros dentro de los 60 días calendario para pedirnos que modifiquemos nuestra decisión o acción, esto se considera una apelación. El período de 60 días calendario comienza el día después de la fecha de envío que aparece en la carta. A menos que le indiquemos una fecha distinta, le daremos una respuesta a su apelación por escrito en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de la apelación, le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia ante el Estado. Solo puede solicitar una audiencia ante el Estado una vez que haya pasado por el proceso de apelación ante Buckeye.

Si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de haber recibido todos los que se hubieran aprobado, en la carta se le indicará cómo continuar recibiendo los servicios si lo decide y cuándo debe pagar por estos.

Quejas

Si nos contacta porque está disconforme con algo sobre Buckeye o uno de nuestros proveedores, esto se considera una queja. Buckeye responderá a su queja por teléfono (o por correo si no podemos comunicarnos) dentro de los siguientes plazos:

- Dos días hábiles para quejas por no haber podido recibir atención médica
- Treinta días calendario para el resto de las quejas, a excepción de aquellas que son sobre una factura por la atención que recibió.
- Sesenta días calendario para quejas sobre una factura de atención que recibió.
- Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una queja o una apelación, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que necesitaremos otros 14 días calendario. La carta también explicará por qué necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su queja o apelación, pueden pedirnos que tardemos hasta 14 días calendario.

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

Departamento de Medicaid de Ohio 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 entre usted o su representante autorizado, una persona del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado, una persona de Buckeye Health Plan y un funcionario de la Oficina de Audiencias ante el Estado del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS). Durante esta reunión, usted deberá explicar por qué cree que Buckeye Health Plan no tomó la decisión correcta, y Buckeye Health Plan deberá explicar los motivos por los cuales se tomó la decisión. El funcionario de audiencia escuchará y luego determinará quién tiene la razón en función de las normas y de la información brindada.

Buckeye le notificará su derecho para solicitar una audiencia ante el Estado si:

- no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de su apelación;
- se toma la decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de haber recibido todos los que se hubieran aprobado;
- se toma la decisión de proponer la inscripción o de continuar la inscripción en el programa del CSP de Buckeye;
- se toma la decisión de rechazar su solicitud de cambiar el proveedor del programa del CSP de Buckeye.

Si desea tener una audiencia ante el Estado, usted o su representante autorizado deben solicitar una audiencia en un plazo de 90 días calendario. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío por correo del formulario de audiencia. También puede presentar su solicitud en línea en: https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin. Si su apelación era sobre una decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de haber recibido todos los que se hubieran aprobado, en la carta se le indicará cómo continuar recibiendo los servicios si lo decide y cuándo debe pagar por estos. Si proponemos que se inscriba en el Plan de Servicios Coordinados (CSP) y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío del formulario, no realizaremos la inscripción en el programa hasta tener la decisión de la audiencia.

Por lo general, las decisiones de las audiencias ante el Estado se emiten, a más tardar, 70 días calendario después de que se recibió la solicitud. Sin embargo, si la MCO o la Oficina de Audiencias ante el Estado determinan que la condición médica cumple con los criterios para una decisión acelerada, esta se emitirá lo más pronto posible, pero no se demorará más de 3 días hábiles después de que se recibió la solicitud. Las decisiones aceleradas se toman en aquellas situaciones en las que el plazo de la revisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para conseguir, mantener o recuperar sus funciones plenas.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y devolver el formulario de audiencia ante el Estado a la dirección o al número de fax que aparecen en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias ante el Estado al 1-866-635-3748 o enviar una solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Una audiencia ante el Estado es una reunión entre usted, una persona del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado, un representante de Buckeye y un funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Por parte de Buckeye, explicaremos por qué tomamos la decisión y usted explicará por qué cree que tomamos una decisión equivocada. El funcionario de audiencia escuchará y luego determinará quién tiene la razón sobre la base de la información brindada 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 a la Asociación de Servicios Legales del estado de Ohio al 1-800-589-5888 para comunicarse con el número local.

Formulario de quejas y apelaciones

Si desea presentar una queja o una apelación, llame a los Servicios al Miembro 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 incluya la información solicitada más abajo. Debe enviar el formulario completo o la carta por correo postal a la siguiente dirección:

Buckeye Health Plan

Appeals/Grievance Coordinator
4349 Easton Way, Suite 300
Columbus, OH 43219

O por fax al 1-866-719-5404 después del incidente que ocasionó el reclamo.

Tenga en cuenta que debe brindar información de contacto completa y precisa a continuación para que Buckeye pueda comunicarse con usted y que juntos podamos trabajar en la resolución del problema.

Nombre del miembro: _____

Dirección del miembro: _____

Número de teléfono del miembro: _____

Número del Sistema de Administración de la Información (MMIS) del miembro: _____

Tutor legal o padre/madre con custodia: _____

¿Había comunicado este problema a algún miembro del personal de Buckeye con anterioridad? _____

Si la respuesta es “sí”, ¿cuándo? _____ ¿A quién? _____

Naturaleza del reclamo: (brinde todos los detalles relacionados con el incidente en cuestión, incluidos los nombres, fechas, lugares, etc. Adjunte hojas adicionales con documentación de respaldo sobre su queja o apelación, si es necesario.)

El representante de resolución de Buckeye será quien complete la siguiente sección.

Representante: _____ Fecha: _____



Finalización de la membresía

Pérdida de la elegibilidad para Medicaid

Es importante que asista a las citas con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado. Si falta a una o si no brinda la información que le solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto sucede, se le pedirá a Buckeye que cancele su membresía como miembro de Medicaid y usted ya no tendrá cobertura de Buckeye.

Aviso de pérdida de seguro (certificado de cobertura acreditable)

Cuando pierde el seguro de salud, la compañía que le prestaba el servicio debe enviarle un aviso, conocido como “certificado de cobertura acreditable”, en el que le informa que ya no cuenta con el seguro. Es importante que guarde una copia de este aviso para su registro, ya que se le puede solicitar que presente una.

Renovación automática de la membresía de la MCO

Si pierde su elegibilidad para Medicaid pero esta se reinicia dentro de los 90 días, volverá a ser miembro de Buckeye de forma automática.

Finalización de su membresía de la MCO

Como miembro de un plan de atención administrada, tiene el derecho de elegir dar fin a su membresía en determinados momentos del año. Puede elegir dar fin a su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta anual para su área. El Departamento de Medicaid de Ohio le notificará 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 atención de salud.

Si tiene en mente cambiarse a otro plan de salud, debe informarse acerca de sus opciones, en especial si desea mantener a sus médicos actuales. Recuerde, cada plan de salud tiene su propia lista de médicos y hospitales a los que puede acudir. Además, cada plan de salud tiene información por escrito en la que se explican los beneficios que ofrece y las reglas con las que se debe cumplir. Si desea obtener información por escrito sobre un plan de salud al que esté considerando unirse o si le gustaría hacer preguntas sobre el plan de salud, puede llamar al plan o a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 711). También puede encontrar información sobre los planes de salud de su área en el sitio web de la línea directa de Medicaid, www.ohiomh.com.

Si desea dar fin a su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta para su área, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 711). También puede enviar una solicitud en línea ingresando al sitio web de la línea directa de Medicaid, www.ohiomh.com. La mayoría de las veces, si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía finalizará el primer día del mes que sigue. Si llama después de esa fecha, su membresía no finalizará hasta el primer día del mes posterior al mes que sigue. Si elige otro plan de atención administrada, el nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su membresía.

Finalización de la membresía por causa justa

Algunas veces, puede existir una razón especial por la que necesita dar fin a la membresía de un plan. Esto se llama finalización de la membresía por “causa justa”. Las solicitudes de causa justa se aplican a los períodos externos al de inscripción abierta y a los primeros tres meses de inscripción. Antes de que pueda pedir una finalización de membresía por causa justa, puede llamar a Buckeye y darnos la oportunidad de resolver su problema. Si no podemos hacerlo, puede pedir una finalización por causa justa en cualquier momento si tiene algunas de las siguientes razones:

1. Se muda y su MCO actual no está disponible donde vive ahora y debe recibir atención médica que no es de emergencia en su área nueva antes de que termine la membresía con su MCO.
2. La MCO no cubre el servicio médico que necesita por objeciones morales o religiosas.
3. Su médico le ha dicho que algunos servicios médicos que necesita deben recibirse al mismo momento y no todos están disponibles en el panel de su MCO.
4. Le preocupa no estar recibiendo atención de calidad y en el panel de su MCO no hay otro proveedor que brinde los servicios que necesita.
5. Carece de acceso a los servicios cubiertos por Medicaid que son médicamente necesarios o carece de acceso a proveedores con experiencia en tratar sus necesidades de cuidado de salud especiales.
6. El PCP que eligió ya no se encuentra en el panel de su MCO y era el único PCP del panel que hablaba su idioma y que se encontraba a una distancia razonable de usted; o bien en el panel de otro plan hay un PCP que habla su idioma y que se encuentra a una distancia razonable de usted y aceptará que sea su paciente.
7. Otra razón: Cree que continuar siendo miembro de su plan de atención administrada actual es perjudicial para usted y que no le resulta beneficioso.

Puede pedir un cambio de membresía por 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 cambio de membresía por causa justa y decidirá si cumple con la razón de causa justa. Usted recibirá una carta por correo en la que se le comunicará si el Departamento de Medicaid de Ohio finalizará su membresía actual y la fecha en la que comenzará la membresía del nuevo plan. En caso de que se rechace la causa justa, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información en la que se le explicará su derecho de tener una audiencia ante el Estado para apelar la decisión.

Aspectos para tener en cuenta si cambia su membresía

Si ha seguido alguno de los pasos antes mencionados 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 miembro de su nuevo plan de salud o vuelva a Medicaid regular.
2. Si eligió una MCO nueva y no recibió una tarjeta de ID de miembro antes del primer día del mes en el que pasa a ser miembro del nuevo plan, llame al departamento de Servicios al Miembro de Buckeye Health Plan. Si no pueden brindarle ayuda, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800 292-3572).

3. Si se le permitió regresar a la tarjeta regular de Medicaid y no recibió una tarjeta nueva de Medicaid, llame al asistente social de su condado.
4. Si eligió una MCO nueva y programó alguna consulta médica, llame al nuevo plan para asegurarse de que el proveedor esté en la lista de proveedores del nuevo plan y que se haya completado la documentación necesaria. Algunos ejemplos de situaciones en las que debería llamar al nuevo plan son cuando tiene una cita programada para ver a un nuevo médico o debe realizarse una cirugía, un análisis de sangre o una radiografía, en especial, si está embarazada.
5. Si se le permitió regresar a la tarjeta regular de Medicaid y tiene alguna consulta médica programada, llame al proveedor para asegurarse de que acepten la tarjeta regular de Medicaid.

Membresía opcional

Tiene la opción de no ser miembro de un plan de atención administrada si cumple con los siguientes requisitos:

- Es miembro de una tribu indígena reconocida en el ámbito federal, independientemente de su edad.
- Es una persona que recibe servicios de exención comunitarios y en el hogar a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si cree que usted o su hijo/a cumple con alguno de los criterios anteriores y no desea ser miembro 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 con los criterios anteriores y no quiere ser miembro de una MCO, se dará fin a su membresía.

Exclusión de la membresía de una MCO

Quiénes no tienen permitido unirse a una MCO de Medicaid:

- Personas con doble elegibilidad en virtud de los programas Medicaid y Medicare.
- Personas institucionalizadas (que viven en un centro de convalecencia y no son elegibles según la categoría de ampliación para adultos; en un centro de atención a largo plazo; en un centro de atención intermedia para personas con retraso mental, ICF-MR, o en otro tipo de institución).
- Personas que reciben servicios de exención de Medicaid y que no son elegibles según la categoría de ampliación para adultos.

* Si es elegible para Medicaid en virtud de la categoría de ampliación para adultos, recibirá los servicios en un centro de convalecencia por medio del plan de atención administrada. Además, los miembros de la categoría de ampliación para adultos que tengan la aprobación para obtener los servicios de exención permanecerán en el plan de atención administrada.

Si cree que usted cumple con alguno de los criterios anteriores y no debería ser miembro 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 con los criterios anteriores, se dará fin a la membresía de su MCO.

¿Puede Buckeye finalizar mi membresía?

Buckeye puede pedirle al Departamento de Medicaid de Ohio que finalice su membresía por determinadas razones. Es necesario que el Departamento de Medicaid de Ohio primero acepte la solicitud para poder finalizar su membresía. Las razones por las que Buckeye puede solicitar que finalice su membresía son las siguientes:

- Fraude o uso indebido de su tarjeta de ID de Buckeye.
- Comportamiento disruptivo o poco colaborador al punto de que afecte la capacidad de Buckeye de brindar servicios a usted y a otros miembros.

Derechos de membresía

Sus derechos de membresía

Como miembro de Buckeye, tiene los siguientes derechos:

- Solicitar y recibir información sobre la estructura y operación de Buckeye.
- Recibir información sobre sus servicios de atención de salud.
- Solicitar y recibir información sobre los profesionales y proveedores de Buckeye.
- Solicitar y recibir información sobre la política de Buckeye de derechos y responsabilidades del miembro.
- Hacer sugerencias sobre la política de Buckeye de derechos y responsabilidades del miembro.
- Recibir todos los servicios que Buckeye debe brindar.
- Recibir un trato respetuoso y que tenga en cuenta su dignidad y privacidad.
- Tener la seguridad de que se protegerá la privacidad de la información de sus expedientes médicos.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para aquellas personas a las que usted haya dado su consentimiento legal para recibir la información o para quien haya escogido como contacto de emergencia cuando darle la información a usted no represente un beneficio para su salud.
- Poder participar en la toma de decisiones sobre su atención de salud a menos que no sea beneficioso para usted.
- Recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica, brindada de forma accesible para usted.
- Tener la seguridad de que no hay otras personas escuchando o viendo cuando recibe atención médica.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifica en las regulaciones federales.
- Solicitar y obtener una copia de sus expedientes médicos y poder pedir que se modifiquen o corrijan según sea necesario.
- Solicitar y recibir información sobre la estructura y operación de Buckeye.
- Recibir información sobre sus servicios de atención de salud.
- Solicitar y recibir información sobre los profesionales y proveedores de Buckeye.
- Solicitar y recibir información sobre la política de Buckeye de derechos y responsabilidades del miembro.
- Hacer sugerencias sobre la política de Buckeye de derechos y responsabilidades del miembro.
- Poder aceptar o negarse a que se comparta cualquier información sobre usted a menos que Buckeye esté obligado a hacerlo por ley.
- Poder rechazar tratamientos o terapias. En caso de rechazo, el médico o alguien de Buckeye deben hablar con usted sobre lo que podría suceder y deben registrarlo por escrito en su expediente médico.

- Poder presentar una apelación o una queja (reclamo) o solicitar una audiencia ante el Estado. Consulte la página 28 de este manual para obtener información.
- Poder obtener toda la información del miembro de Buckeye por escrito por parte de Buckeye:
 - sin costo para usted;
 - en los idiomas predominantes de los miembros en el área de servicios de Buckeye que no sean inglés;
 - de otras maneras, para atender las necesidades especiales de los miembros que, por algún motivo, pudieran tener dificultad para leer la información.
- Poder obtener ayuda gratuita de Buckeye y sus proveedores si usted no habla inglés o si necesita ayuda para entender la información.
- Poder obtener ayuda en lengua de señas si tiene dificultades de audición.
- Saber si el proveedor de atención de salud es estudiante y poder rechazar su atención.
- Recibir información sobre toda atención experimental y poder rechazar ser parte de la atención.
- Dar instrucciones anticipadas (un testamento vital). Ver el folleto de su paquete de miembro nuevo, en el que se explican las instrucciones anticipadas. Para obtener más información, también puede comunicarse con los Servicios al Miembro.
- Presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Ohio si no se respetan sus instrucciones anticipadas.
- Cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) por otro PCP del panel de Buckeye al menos una vez al mes. Buckeye debe informarle por escrito quién es el nuevo PCP para la fecha del cambio.
- Tener la libertad de hacer cumplir sus derechos y de saber que ni Buckeye, ni los proveedores de Buckeye ni el Departamento de Medicaid de Ohio tomarán esto en su contra.
- Saber que Buckeye debe respetar todas las leyes federales y estatales y otras leyes sobre privacidad aplicables.
- Elegir a un proveedor que le brinde atención cada vez que sea posible y apropiado.
- Si es mujer, poder ver a una proveedora de salud del panel de Buckeye para acceder a los servicios de salud para mujeres cubiertos.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado del panel de Buckeye. Si no puede consultar a un proveedor calificado, Buckeye debe programar una consulta con un proveedor que no pertenezca a nuestro panel.
- Obtener información sobre Buckeye de parte nuestra.

Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio por medio de la dirección que figura a continuación por cualquier reclamo de discriminación por motivos de origen racial, 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

Servicios alternativos (ILOS)

Buckeye Health Plan puede ofrecer ciertos servicios opcionales denominados servicios alternativos (ILOS). Estos son servicios que puede elegir recibir en lugar de un servicio estándar cubierto por Medicaid cuando son médicamente apropiados.

- Los ILOS son voluntarios. Nunca se le obliga a utilizar ILOS. Siempre puede elegir el servicio estándar cubierto por Medicaid en su lugar.
- Sus beneficios no se reducirán si elige no utilizar ILOS.
- Cualquiera de los ILOS ofrecidos por Buckeye debe ser aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y debe ser un sustituto médicamente apropiado y rentable de un servicio cubierto en el Plan Estatal de Ohio Medicaid.
- Usted conserva todos sus derechos y protecciones al elegir o rechazar ILOS.

Si tiene preguntas sobre los ILOS o desea ayuda para comprender sus opciones, llame a los Servicios al Miembro al 1-866-246-4358.

Responsabilidades de la membresía

Sus responsabilidades de la membresía

Como miembro de Buckeye, además tiene varias responsabilidades: Debe aprender y entender cada derecho que tiene en virtud del programa de Medicaid. **Esto incluye las siguientes responsabilidades:**

- Hacer las preguntas necesarias si no entiende sus derechos.
- Hacer los cambios necesarios en su plan de salud y proveedor de atención primaria dentro de las formas establecidas por el programa de Medicaid y Buckeye.
- Asistir a las citas programadas.
- Llevar consigo su tarjeta de ID.
- Notificar al PCP sobre el tratamiento en la sala de emergencias.
- Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
- Si Buckeye le brinda servicio de transporte para una cita médica, proporcionar un asiento de auto para los niños acompañantes si tienen 4 años o menos o si pesan menos de 40 libras.
- Comunicarse siempre primero con su PCP o con la Línea de Consultas de Enfermería de Buckeye cuando se trate de necesidades médicas que no sean de emergencia.

- Solo ir a la sala de emergencias cuando crea que es realmente una emergencia.
- Compartir la información relativa a su estado de salud con su PCP y obtener toda la información sobre las opciones de servicios y tratamientos. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - Informar a su PCP sobre su salud.
 - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención de salud y preguntarles sobre las diferentes opciones de tratamiento para sus problemas de salud.
 - Ayudar a los proveedores a obtener sus expedientes médicos.
 - Participar de forma activa en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicio seguros, tomar sus propias decisiones y actuar para cuidar su salud.

Esto incluye las siguientes responsabilidades:

- Trabajar en equipo con su proveedor a la hora de decidir qué tipo de atención de salud es mejor para usted.
- Hacer todo lo posible para estar saludable.
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto.

Otra información

- Buckeye les brinda servicios a nuestros miembros debido a un contrato que Buckeye tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. **Si desea comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a la siguiente información de contacto:**

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

Además, puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en la siguiente dirección: www.medicaid.ohio.gov

- Puede comunicarse con Buckeye para obtener toda la información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de Buckeye y la forma en la que les pagamos a nuestros proveedores.
- Si nos quiere sugerir algún cambio que deberíamos hacer, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).
- Tiene la facultad de hacer recomendaciones sobre las políticas de responsabilidades y derechos de los miembros de Buckeye.
- Tiene el derecho de preguntarle a Buckeye cómo evaluamos los nuevos procedimientos y servicios de atención de salud que cubrimos como beneficios.
- Tiene el derecho de preguntarle a Buckeye sobre las razones de las decisiones que tomamos respecto de su atención de salud.
- En Buckeye, su privacidad es importante. Hacemos todo lo posible para proteger su expediente de salud. Por ley, debemos proteger su expediente de salud y enviarle un Aviso de privacidad, que incluimos al final de este Manual. El Aviso de privacidad explica cómo usamos la información de su expediente de salud. Describe cuándo podemos compartir su expediente con terceros. Explica sus derechos respecto al uso de su expediente de salud. Además, explica cómo hacer valer tales derechos y quién puede

ver su expediente de salud. El aviso no se aplica a la información que no sea de identificación. Cuando hablamos de su expediente de salud en el aviso, nos referimos a toda información pasada, presente y futura sobre su salud física y mental mientras sea miembro de Buckeye. Esto incluye brindarle atención de salud. También incluye el pago de su atención de salud mientras sea miembro nuestro.

Lesión accidental o enfermedad (subrogación)

Si tiene que visitar a un médico por una lesión o enfermedad que provocó otra persona o una empresa, debe llamar al departamento de Servicios al Miembro para informarnos. Por ejemplo, si un accidente de tránsito le ocasiona heridas, si sufre una mordedura de un perro o si se cae y se lastima en una tienda, es posible que otra empresa de seguros tenga que pagar la factura del médico o del hospital. Cuando nos llame, necesitaremos saber el nombre de la persona responsable, de su empresa de seguros y de los abogados que intervengan.

Otro seguro de salud (coordinación de beneficios, COB)

Si usted o alguien de su familia tiene un seguro de salud de otra compañía, es muy importante que llame al departamento de Servicios al Miembro y al asistente social de su condado respecto al seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene un seguro de salud o si su hijo/a tiene un seguro de salud por medio de otro padre o madre, debe llamar al departamento de Servicios al Miembro para informarnos. También es importante que llame a los Servicios al Miembro y al asistente social de su condado si ya no tiene el seguro de salud que había informado en el pasado. No informarnos sobre esto puede causar problemas con la prestación de la atención y con las facturas.

Aviso de prácticas de privacidad

Aviso de prácticas de privacidad de Buckeye Health Plan

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA.

REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1/1/2026

Si necesita ayuda para traducir o entender este documento, llame al 1-866-246-4358 (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).

Obligaciones de la entidad cubierta:

Buckeye Health Plan es una entidad cubierta, tal como lo define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Buckeye Health Plan tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI), proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del Aviso que está actualmente en vigor y notificarle en caso de una violación de su PHI no segura.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercerlos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Buckeye Health Plan se reserva el derecho de modificar el presente Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar el Aviso revisado o modificado a su PHI que ya tenemos, así como a cualquier PHI suya que recibamos en el futuro. Buckeye Health Plan revisará y distribuirá de inmediato este Aviso siempre que se produzca un cambio sustancial en lo siguiente:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en el Aviso

Los avisos revisados se publicarán en nuestro sitio web o se enviarán por correo postal.

Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica:

Buckeye Health Plan protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre su origen racial, origen étnico e idioma (REL), y orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Estos son algunos de los procedimientos que usamos para proteger su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Solo hablamos de su PHI por motivos profesionales con las personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Utilizamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones aceptables de su PHI:

A continuación, se enumeran los casos en los que podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención de salud que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le hayan prestado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las normas de privacidad federales para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir la tramitación de las reclamaciones, la determinación de la elegibilidad o la cobertura de las reclamaciones y la revisión de los servicios para comprobar su necesidad médica.
- **Operaciones de atención de salud:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden ser prestar servicios al cliente, responder reclamos y apelaciones, y administrar y coordinar la atención, entre otras.

En nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar la PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos socios. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas de privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

- Actividades de mejoramiento y evaluación de la calidad
- Revisión de la competencia o de las calificaciones de los profesionales de atención de salud
- Administración de casos y coordinación de la atención
- Detección o prevención de fraude y abuso en la atención de salud

La información sobre su origen racial, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género está protegida por los sistemas y leyes del plan de salud. Esto significa que la información que brinde es confidencial y está segura. Solo podemos compartir esta información con proveedores de atención de salud. No se compartirá con terceros sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y servicios.

Esta información nos ayuda a:

- Entender mejor sus necesidades de atención de salud
- Conocer sus preferencias de idiomas cuando se atiende con proveedores de atención de salud
- Facilitar información de atención de salud para cubrir sus necesidades de atención
- Ofrecer programas que le ayuden a estar más saludable

Esta información no se utiliza con fines de determinación de cobertura ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones del plan de salud de grupo/patrocinador del plan:** Podemos divulgar su PHI a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención de salud, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información de salud protegida (como aceptar no utilizar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted en relación con actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de darse de baja o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de determinación de cobertura:** Podemos utilizar o divulgar su PHI con este propósito, por ejemplo, para tomar una decisión sobre una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI con fines de determinación de cobertura, tenemos prohibido utilizar o divulgar PHI que sea información genética en este proceso.
- **Recordatorio de citas/Alternativas de tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para su tratamiento y atención de salud con nosotros, o para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Divulgaciones exigidas por la ley:** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podremos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que estos cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o normativas que regulen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos la ley o normativa más restrictiva.
- **Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, la seguridad o la eficacia de los productos o los servicios bajo la jurisdicción de la FDA. Esto incluye registros de trastornos por uso de sustancias (SUD).
- **Víctimas de abuso y negligencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno federal, estatal o local incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes, si tenemos una sospecha razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procesos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podemos vernos obligados a divulgar su PHI para responder a una citación, una solicitud de información u otras solicitudes similares.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI pertinente a las fuerzas de seguridad cuando se nos exija como respuesta a un delito.
- **Registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD):** No utilizaremos ni divulgaremos sus registros de SUD en procesos legales en su contra a menos que:
 - Recibamos su consentimiento por escrito, o
 - Recibamos una orden judicial, se le haya informado de la solicitud y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado. La orden judicial debe incluir una citación u otro documento legal similar que requiera una respuesta.
- **Investigadores, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un investigador o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podríamos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.

- **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, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas para la salud y la seguridad:** Podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir la posibilidad de una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** Si es miembro de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional o actividades de inteligencia, al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica o la protección del presidente y a otras personas autorizadas según lo exija la ley.
- **Compensación del trabajador:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de emergencia:** Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted tiene una incapacidad o no está presente, a un miembro de la familia, amigo personal cercano, agencia autorizada de ayuda en caso de desastre, o cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia para determinar si la divulgación es beneficiosa para usted. Si la divulgación le beneficia, solo compartiremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** Si está en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas de seguridad, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas de seguridad, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención de salud; para proteger su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros; o para garantizar la seguridad y la protección de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido determinadas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de PHI:** Solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Mercadeo:** Solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de mercadeo con excepciones limitadas, como cuando mantenemos comunicaciones de mercadeo cara a cara con usted o cuando le proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** Solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para determinadas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.

Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de dicha autorización inicial.

Derechos individuales

A continuación, se enumeran sus derechos en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

- **Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide y establecer a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aprobamos, accederemos a su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención de salud a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si el hecho de no comunicar la información por los medios alternativos o a los lugares alternativos que usted desea puede ponerle en peligro. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que, si no se cambia el medio o el lugar de comunicación de la información, usted podría estar en peligro. Debemos atender su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder y a recibir una copia de su PHI:** Tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI incluida en un conjunto de registros designados. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite, a menos que no sea factible. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden revisar los motivos de la denegación. También le indicaremos cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- **Derecho a modificar su PHI:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos, o cambiemos, su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea modificar, y el creador de la PHI puede llevar a cabo la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro del último período de seis años. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud, o divulgaciones que usted haya autorizado y algunas otras 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 proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho a presentar un reclamo:** Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad o que hemos infringido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso.

También puede presentar un reclamo al secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Envíelo por correo postal a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**) o ingresando en **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

NO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- **Derecho a recibir una copia de este Aviso:** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento mediante la información de contacto que figura al final de este. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (email), también tiene derecho a solicitar una copia en papel.

Información de contacto

Preguntas sobre este aviso: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros, por escrito o por teléfono, utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

Buckeye Health Plan
Attn: Privacy Official
4349 Easton Way, Suite 120
Columbus, OH 43219
Línea gratuita: 1-866-246-4358, TTY: 1-800-750-0750

Instrucciones anticipadas

“Uso de las instrucciones anticipadas para expresar sus deseos sobre la atención médica”

Hoy en día, muchas personas se preocupan por la atención médica que recibirán en caso de enfermarse al punto de no poder expresar sus deseos.

Algunas personas pueden no querer pasar meses o años recibiendo soporte vital. Otras pueden desear que se empleen todas las opciones para extender la vida.

Usted decide

Un número cada vez mayor de personas están tomando medidas para dar a conocer sus deseos. Puede expresar sus deseos de atención médica por escrito mientras goza de salud y tiene capacidad de elegir.

Su centro de atención de salud debe explicarle su derecho de expresar sus deseos sobre la atención médica. Además, debe preguntarle si expresó sus deseos por escrito.

Esta información explica sus derechos, según la ley de Ohio, a aceptar o rechazar la atención médica. Le ayudará a tomar sus propias decisiones de atención médica.

Esta información también le explica cómo puede expresar sus deseos de atención en caso de que no pueda elegir por su cuenta.

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

Para recibir asesoramiento legal, puede consultar con un profesional del derecho. Para obtener información sobre la obtención de servicios legales gratuitos, llame al 1-800-589-5888, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Instrucciones anticipadas

¿Cuál es la diferencia entre un poder notarial duradero para recibir atención médica y un testamento vital?

Un testamento vital explica, por escrito, el tipo de atención médica que desea recibir en caso de no poder dar a conocer sus deseos.

Un poder notarial duradero le permite elegir a una persona para que cumpla con sus deseos de atención médica cuando usted no pueda hacerlo por su cuenta.

Si tengo un poder notarial duradero para recibir atención médica, ¿necesito un testamento vital también?

Puede querer tener ambos. Cada uno aborda partes diferentes de su atención médica.

El testamento vital da a conocer sus deseos directamente a los médicos, pero solo los que están relacionados con el uso de los métodos de soporte vital.

El poder notarial duradero para recibir atención médica le permite a una persona de su elección cumplir con sus deseos relativos a sus cuidados médicos cuando usted no pueda hacerlo por su cuenta. El poder notarial duradero para recibir atención médica no reemplaza a un testamento vital.

¿Puedo modificar mi instrucción anticipada?

Puede modificar su instrucción anticipada cuando lo desee. Si ya tiene una instrucción anticipada, asegúrese de que cumpla con la ley de Ohio (vigente a partir del 10 de octubre de 1991). Puede comunicarse con un profesional del derecho si necesita ayuda. Es conveniente revisar sus instrucciones anticipadas de vez en cuando. Asegúrese de que sigan indicando sus deseos y de que cubran todas las áreas.

Si no tengo una instrucción anticipada, ¿quién toma las decisiones sobre mi atención médica cuando yo no pueda hacerlo?

La ley de Ohio les permite a sus familiares cercanos tomar decisiones acerca de su atención médica si su muerte es inminente y no puede actuar por su cuenta. Si se encuentra en coma por tiempo indefinido, sus familiares cercanos podrían decidir detener o retirarle el soporte vital después de 12 meses. Sus familiares cercanos también pueden tomar la decisión de interrumpir o no usar los suministros artificiales de alimentos y agua (ver más abajo).

¿Cuáles son mis derechos?

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica. Si no desea recibir un determinado tipo de atención, tiene derecho a comunicárselo a su médico.

¿Qué sucede si mi estado de salud no me permite decidir? ¿Y si no puedo comunicar mis deseos?

La mayoría de las personas pueden comunicarles a los médicos sus deseos relacionados con la atención médica. Sin embargo, algunas personas sufren enfermedades que no les permiten decirle a su médico qué tipo de atención desean.

Conforme a la ley de Ohio, tiene derecho a completar un formulario cuando esté en condiciones de actuar por su cuenta. Mediante este formulario, les informa a los médicos sobre sus deseos en caso de que no pueda comunicarlos.

¿Qué tipos de formularios existen?

Conforme a la ley de Ohio, existen cuatro formularios distintos, o instrucciones anticipadas, que puede usar. Puede usar un testamento vital, una declaración de tratamiento de salud mental, un poder notarial duradero para recibir atención médica o una orden de no reanimar (DNR).

Complete una instrucción anticipada mientras tenga la capacidad de actuar por su cuenta. Mediante la instrucción anticipada, usted comunica a los médicos y demás personas sus deseos de atención médica.

¿Debo completar una instrucción anticipada antes de recibir atención médica?

No. No tiene la obligación de completar una instrucción anticipada. Usted decide si desea hacerlo.

¿Quién puede completar una instrucción anticipada?

Cualquier persona de 18 años o más en pleno uso de sus facultades mentales que pueda tomar decisiones propias puede completar una instrucción anticipada.

¿Necesito consultar a un abogado?

No, no necesita un abogado para completar una instrucción anticipada. De todas maneras, usted decide si desea consultar a un abogado.

¿Las personas que me brindan atención médica deben respetar mis deseos?

Sí, si sus deseos cumplen con las leyes estatales. Sin embargo, la ley de Ohio incluye una cláusula de conciencia. Una persona que le presta atención médica puede no respetar sus deseos porque van en contra de sus creencias. En ese caso, recibirá ayuda para encontrar a otra persona que cumpla con sus deseos.

Testamento vital

Mediante este formulario, usted establece por escrito sus deseos de atención médica. Puede elegir qué se debería hacer en caso de que su estado de salud no le permita comunicar sus deseos. Puede indicar en qué situaciones querría o no que le suministren alimentos y agua de forma artificial.

¿Cómo funciona un testamento vital?

En un testamento vital, usted indica en qué medida desea utilizar métodos de soporte vital para alargar su vida. Entra en vigor únicamente en las siguientes situaciones:

- si se encuentra en coma por tiempo indefinido, O
- si su estado de salud no mejora con los servicios médicos y no puede comunicar sus deseos, O
- si su muerte es inminente y no puede comunicar sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben respetar los deseos dispuestos en su testamento vital. Un testamento vital les da el derecho a seguir lo que usted desea.

Solo usted puede modificar o anular su testamento vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de no reanimar

Las regulaciones estatales contemplan un protocolo de atención para la comodidad (Comfort Care) o de atención para la comodidad en casos de paro cardíaco o respiratorio (Comfort Care-Arrest) con orden de no reanimar (DNR), elaborado por el Departamento de Salud de Ohio. Una orden de DNR es una instrucción de un médico o, en determinadas circunstancias, de un miembro del personal de enfermería con práctica médica certificada o un especialista en enfermería clínica, en la que se identifica a una persona y se especifica que no debe recibir reanimación cardiopulmonar (CPR). La CPR se refiere a la reanimación cardíaca o a un componente de reanimación cardiopulmonar, pero no incluye despejar las vías respiratorias de una persona con otro objetivo que no sea un componente de la CPR.

El protocolo de atención para la comodidad o de atención para la comodidad en casos de paro cardíaco o respiratorio con orden de DNR incluye una lista de las acciones específicas que realizarán los paramédicos, los técnicos en emergencias médicas, los médicos o el personal de enfermería cuando brinden atención para la comodidad o atención para la comodidad en casos de paro cardíaco o respiratorio a un paciente con orden de DNR. En el protocolo también se indican qué acciones específicas no se llevarán a cabo.

Hable con su médico acerca de las opciones respecto de la orden de DNR y del protocolo de atención para la comodidad o de atención para la comodidad en casos de paro cardíaco o respiratorio.

Poder notarial duradero

Un poder notarial duradero para recibir atención médica es diferente de otros tipos de poder notarial. Este folleto solo se refiere al poder notarial duradero para recibir atención médica, no a otros tipos de poder notarial.

Un poder notarial duradero le permite elegir a una persona para que cumpla con sus deseos de atención médica. Esta persona actúa en su nombre si usted no puede actuar por su cuenta. Puede ser por períodos breves o prolongados.

¿A quién debo elegir?

Puede elegir a cualquier persona adulta, ya sea un familiar o una amistad, en quien confíe para que actúe en su nombre cuando usted no pueda hacerlo por su cuenta. Asegúrese de transmitirle sus deseos a esta persona. Luego, deje por escrito en el formulario lo que desea y lo que no. También debe hablar con su médico sobre lo que desea. La persona que elija debe cumplir con sus deseos.

¿Cuándo entra en vigencia mi poder notarial duradero para recibir atención médica?

El formulario entra en vigencia únicamente cuando usted no pueda decidir sobre su atención médica, ya sea por un período breve o uno prolongado.

Este formulario le permite a su familiar o amistad detener el soporte vital únicamente en las siguientes circunstancias:

- si usted se encuentra en coma por tiempo indefinido, O
- si su muerte es inminente.

Declaración de tratamiento de salud mental

Una declaración de tratamiento de salud mental se centra en la atención de la salud mental. Le permite a una persona, mientras esté en uso pleno de sus facultades, designar a un apoderado para que tome decisiones en su nombre cuando no tenga la capacidad para hacerlo. Además, en la declaración se pueden establecer determinados deseos en cuanto al tratamiento. La persona puede indicar sus preferencias respecto a los medicamentos y tratamientos y al ingreso o la permanencia en un centro.

La declaración de tratamiento de salud mental reemplaza a un poder notarial duradero para recibir atención de salud mental, pero no reemplaza a un testamento vital.

Recuperación de patrimonio

Si se encuentra en una institución de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, mediante el Programa de Recuperación de Patrimonio puede recuperar el pago de los costos de atención que paga Medicaid con su patrimonio. Los costos de atención pueden incluir el pago de capitación que Medicaid le paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago de capitación es mayor que el costo de los servicios que recibió. La recuperación del patrimonio solo se produce tras la muerte del beneficiario de Medicaid.

Otras cuestiones que debe tener en cuenta

¿Se pueden interrumpir o no usar los suministros artificiales de alimentos y agua?

El suministro artificial de alimentos y agua aporta nutrientes a través de tubos colocados en el cuerpo. La decisión de interrumpir o no usar los suministros depende de su estado de salud.

- Si su muerte es inminente y no puede comunicar sus deseos
Y en su testamento vital solo se indica que no desea usar métodos de soporte vital para alargar su vida,
ENTONCES se pueden interrumpir o no usar los suministros artificiales de alimentos y agua.
- Si su muerte es inminente y no puede comunicar sus deseos
Y no tiene un testamento vital,
ENTONCES la ley de Ohio les permite a sus familiares cercanos interrumpir o no usar los suministros artificiales de alimentos y agua.
- Si se encuentra en coma por tiempo indefinido,
Y en su testamento vital se indica que no desea recibir suministros artificiales de alimentos y agua,
ENTONCES es posible interrumpir o no usar los suministros artificiales de alimentos y agua.
- Si se encuentra en coma por tiempo indefinido,
Y no tiene un testamento vital,
ENTONCES la ley de Ohio les permite a sus familiares cercanos interrumpir o no usar los suministros artificiales de alimentos y agua. Sin embargo, el familiar responsable de la decisión debe esperar 12 meses y obtener la aprobación de una corte testamentaria.

Si completo una instrucción anticipada, ¿acepto que se me practique la eutanasia o el suicidio asistido?

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

¿Dónde puedo obtener los formularios de instrucción anticipada?

Muchas de las personas y lugares que ofrecen atención médica tienen formularios de instrucciones anticipadas. Pídale a la persona que le dio este folleto un formulario de instrucción anticipada, ya sea para un testamento vital, un poder notarial duradero para recibir atención médica, una orden de DNR o una declaración de tratamiento de salud mental. Un abogado también podría brindarle ayuda.

¿Qué hago con los formularios una vez completados?

Debe proporcionarles copias a su médico y al centro de atención de salud para que las incorporen a su expediente médico. Dele una copia a un miembro de su familia o a una amistad de confianza. Si eligió a alguien en un poder notarial duradero para recibir atención médica, dele una copia a esa persona.

Guarde una copia con sus documentos personales. También puede darle una copia a su abogado o persona del clero. Asegúrese de contarles a sus familiares y amistades sobre el formulario. No complete los formularios para luego guardarlos y olvidarse de ellos.

Donación de órganos y tejidos

Quienes residen en Ohio pueden decidir donar sus órganos y tejidos a otras personas en caso de muerte. Al comunicar su preferencia, pueden asegurarse de que sus deseos se cumplan de inmediato y de que sus familiares y seres queridos no tengan que tomar esta decisión en un momento ya de por sí difícil. Algunos ejemplos de los órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de los tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

Existen dos maneras para registrarse como donante de órganos y tejidos:

- Puede establecer sus deseos de donar órganos y tejidos cuando obtiene o renueva su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de identificación (ID) estatal.
- Puede completar el formulario de inscripción al registro de donantes, que se incluye en el formulario de testamento vital de Ohio, y presentarlo en la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio.

Terminología de la atención administrada

Apelación: Solicitud de un miembro para que Buckeye Health Plan u OhioRise revisen una determinación adversa sobre beneficios.

Beneficios: Servicios de atención de salud que cubre Buckeye Health Plan.

Copago: Monto fijo que paga un miembro por un servicio de atención de salud cubierto.

Equipo médico duradero: Equipo que resiste un uso repetido, se usa principalmente con un fin médico, no suele ser útil para personas sin enfermedades o lesiones y se puede usar en el hogar.

Emergencia: Los servicios de emergencia son servicios para atender un problema que usted considere lo suficientemente grave para que un médico deba tratarlo de manera inmediata.

Condición médica de emergencia: Condición médica que se manifiesta mediante síntomas repentinos de una gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) para que una persona común y prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda prever de forma razonable que, ante la ausencia de atención médica inmediata, tendría como resultado lo siguiente: riesgo grave para la salud de una persona (o, en caso de una embarazada, la salud de la mujer o del bebé no nacido); daño grave en las funciones corporales; o disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: Transporte, en ambulancia, de personas enfermas, lesionadas o de otra forma incapacitadas que necesitan atención médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: Exámenes, pruebas y evaluaciones médicas realizadas por un médico o, en la medida que lo permita la ley vigente, por cualquier otro personal idóneo con la supervisión de un médico, para determinar si existe una condición médica de emergencia y, si es así, el tratamiento médico o quirúrgico de un servicio cubierto por parte de un médico necesario para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia, dentro de la capacidad de servicio de un hospital.

Servicios de emergencia: Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o ambulatorios o servicios de transporte médico que son proporcionados por un proveedor calificado y son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una condición médica de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia también incluyen tanto a médicos y otros profesionales de atención de salud como centros de atención de salud que no tengan relación de dependencia ni contrato laboral con Buckeye Health Plan u OhioRISE.

Servicios excluidos: Servicios médicos que ni Buckeye Health Plan ni OhioRISE pagan ni cubren.

Queja: Expresión de insatisfacción de un miembro sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa sobre beneficios. Las quejas pueden referirse, entre otros, a la calidad de la atención o de los servicios prestados y a aspectos de las relaciones interpersonales, como la falta de cortesía de un proveedor o empleado o el incumplimiento de los derechos del miembro, independientemente de que se soliciten medidas correctivas. Una queja incluye el derecho de un miembro a disputar una prórroga propuesta por una entidad de atención administrada (MCE) para tomar una decisión de autorización.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios diseñados para ayudar a las personas a adquirir, conservar y mejorar la autoayuda, la socialización y las habilidades de adaptación necesarias para vivir de forma satisfactoria en el ámbito del hogar y la comunidad.

Healthchek: Programa de servicios integrales de salud preventiva que está disponible para los consumidores de Medicaid desde su nacimiento hasta un día antes de que cumplan 21 años. El programa está diseñado para mantener la salud mediante intervenciones tempranas para identificar y tratar problemas médicos.

Seguro de salud: Contrato que obliga a Buckeye Health Plan u OhioRISE a pagar una parte o el total de los costos de atención de salud a cambio de una prima.

Atención de salud en el hogar: Servicios que incluyen atención de enfermería en el hogar o de un asistente de salud a domicilio y terapias especializadas.

Servicios para enfermos terminales: Un organismo público, una organización privada o una subdivisión de ambos, sujetos a las condiciones de participación, de conformidad con la sección 42, artículo 418 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) (1.º de octubre de 2017), que cuentan con

la autorización del estado de Ohio y la aprobación del ODM para ofrecer atención a pacientes terminales. (5160-56-01(V)).

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado.

Atención ambulatoria hospitalaria: Servicios o tratamientos terapéuticos, de diagnóstico, de rehabilitación o de cuidados paliativos que reciben los pacientes en un hospital por parte de un profesional de servicios médicos o bajo su dirección.

Tarjeta de identificación (tarjeta ID): Una tarjeta para cada miembro de Buckeye que se debe presentar en el consultorio del médico antes de recibir atención.

Medicamento necesario: Criterios de cobertura para procedimientos, artículos o servicios que sirven para prevenir, diagnosticar, evaluar o tratar una condición adversa de salud, como una enfermedad, una lesión, una afección o sus síntomas, una disfunción emocional o conductual, una discapacidad intelectual, un deterioro cognitivo o una discapacidad en el desarrollo, sin los cuales se prevé que la persona presentará una morbilidad prolongada, mayor o nueva; un deterioro de sus funciones; la disfunción de un órgano o parte del cuerpo; o un dolor y molestia significativos.

MHA: Departamento de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones de Ohio.

Red: Los proveedores contratados de Buckeye Health Plan y OhioRISE disponibles para los miembros de Buckeye Health Plan y OhioRISE.

Proveedor no participante: Todo proveedor con un acuerdo con el ODM que no tiene un contrato con Buckeye Health Plan ni con OhioRISE, pero que ofrece servicios de atención de salud a los miembros de Buckeye Health Plan u OhioRISE.

Proveedor participante: Todo proveedor, grupo de proveedores o entidad que tiene un contrato de proveedores de la red con Buckeye Health Plan u OhioRISE conforme con la norma 5160-26-05 del Código Administrativo y recibe fondos de Medicaid de forma directa o indirecta para solicitar, remitir o prestar servicios cubiertos como resultado del acuerdo o contrato del proveedor de Buckeye Health Plan u OhioRISE con el ODM.

Servicios médicos: (L) Un “profesional de servicios médicos” es un médico, podólogo, dentista, especialista en enfermería clínica, personal de enfermería obstétrica certificada, personal de enfermería con práctica médica certificada o asociado médico. (5160-2-02(L)).

Plan: Una “organización de atención administrada (MCO)” o un “plan de atención administrada (MCP)” hacen referencia a una corporación de seguros de salud (HIC) que tiene licencia en el estado de Ohio y que ingresa a un acuerdo de proveedor de atención administrada con el ODM. (5160-26-01(S)).

Servicios de atención posteriores a la estabilización: Servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que el proveedor a cargo del tratamiento considera médicamente necesarios tras la estabilización de una condición médica de emergencia para mantenerla estable o, conforme a las circunstancias que se describen en la sección 42, artículo 422.113 del CFR, para mejorar o resolver la condición del miembro.

Autorización previa: Una decisión de Buckeye Health Plan u OhioRISE que establece que un servicio de atención de salud, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero son médicamente necesarios. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su plan o seguro de salud puede exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia.

Prima: La “Prima” es el monto mensual que se paga por cada miembro al que tiene derecho la MCO como compensación por ejercer sus obligaciones de acuerdo con el capítulo 5160-26 del Código Administrativo o el acuerdo del proveedor con el ODM. (516026-01(NN))

Cobertura de medicamentos recetados: Medicamentos cubiertos por el administrador de beneficios de farmacia individual (SPBM) que se dispensan a los miembros para su uso en la residencia de un paciente, incluidos los centros de enfermería o los centros de cuidados intermedios para pacientes con discapacidad intelectual.

Medicamentos recetados: Sustancias simples o compuestas, o mezclas de sustancias, que sirven para curar, mitigar o prevenir una enfermedad o para mantener la salud y son recetadas por un médico u otro profesional certificado en medicina dentro del ámbito de su práctica médica según se define y limita en las leyes federales y estatales; son dispensadas por farmacéuticos certificados y profesionales certificados con autorización de acuerdo con la Ley Estatal de Práctica Médica; y son dispensados por el profesional o farmacéutico certificado con una receta médica escrita que se registra y conserva en los expedientes del farmacéutico o profesional.

Proveedor o médico de atención primaria: Médicos individuales (M.D. o D.O.); consultorios grupales de médicos; personal de enfermería avanzada certificada según se define en la sección 4723.01 del Código Revisado de Ohio; consultorio de personal de enfermería avanzada dentro de una especialidad aceptable; o asociados médicos que cumplen con los requisitos de la norma 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio y tengan contrato con Buckeye Health Plan para prestar servicios según se especifica en la norma 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio.

Proveedor: Hospital, centro de atención de salud, médico, dentista, farmacia o cualquier otra entidad o persona idónea certificada que está autorizada o tiene el derecho a recibir el reembolso de los servicios de atención de salud prestados a los miembros de Buckeye Health Plan.

Remisión: Proceso por el que su PCP recomienda o solicita servicios para usted antes de que pueda obtenerlos. Su PCP llamará y coordinará estos servicios para usted; le dará la aprobación escrita para que la lleve cuando obtenga los servicios remitidos; o simplemente le dirá qué hacer. En algunos casos, es posible que Buckeye autorice a un médico especialista para que haga las remisiones.

Dispositivos y servicios de rehabilitación: Tareas específicas que debe proporcionar directamente el personal técnico o un profesional en atención de salud debidamente certificados o autorizados, conforme con el Título 47 del Código Revisado de Ohio.

Atención de enfermería especializada: Tareas específicas que debe proporcionar un miembro del personal de enfermería practicante con licencia (LPN) según las instrucciones de un miembro del personal de enfermería registrada o directamente un miembro del personal de enfermería registrada, conforme con el capítulo 4723 del Código Revisado de Ohio.

Médico especialista: Médico especialista que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más formación en un área específica de la atención de salud.

Atención de urgencia: Atención de una enfermedad, lesión o condición de una gravedad suficiente para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave para requerir atención en la sala de emergencias.

Apéndice A: Administrador de beneficios de farmacia individual (SPBM) de Ohio

Índice

1.1 Identidad corporativa

1.2 Servicios disponibles

1.2.1 Lista de medicamentos preferidos

1.2.2 Autorizaciones previas

1.2.3 Estrategias de administración de la utilización de farmacias

1.2.4 Servicios excluidos

1.2.5 Servicios adicionales

1.3 Solicitud de apelaciones, quejas o audiencias ante el Estado

1.4 Recomendaciones sobre modificaciones

1.5 Acceso a farmacias

1.6 Medicamentos de emergencia para pacientes ambulatorios

1.7 Declaración de no discriminación

1.8 Declaración sobre la red de proveedores

1.9 Red de proveedores de farmacia

1.1 Identidad corporativa

Gainwell Technologies es una empresa que tiene más de 50 años de experiencia demostrada y una reputación por el excelente nivel de servicios y conocimientos inigualables. Gainwell no opera con ningún otro nombre comercial ni DBA (“doing business as”). En Gainwell, todo lo que hacemos se centra en las personas.

La misión en Gainwell es empoderar a los clientes mediante tecnologías y soluciones innovadoras para obtener excelentes resultados en servicios médicos y humanos.

Ahora usted es miembro de nuestro administrador de beneficios de farmacia individual (SPBM). En Gainwell, creemos que usted merece que los servicios de farmacia que recibe sean de calidad y que estén lo más actualizados posible.

Sitio web: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Si sospecha de fraude por parte de un proveedor o consumidor, comuníquese con nuestra línea gratuita de denuncias de Fraude, Desperdicio y Abuso al **1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437)**, por correo electrónico a OHSPBMCompliance@gainwelltechnologies.com o complete el formulario en línea en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

1.2 Servicios disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos que cubre Ohio Medicaid, que son médicamente necesarios y que requieren receta médica o son de venta libre (OTC). Usamos una lista unificada de medicamentos preferidos (UPDL), que es una lista de los medicamentos que preferimos que receten los proveedores. Es posible que el profesional que expide recetas deba presentar una solicitud de autorización previa, mediante la cual nos brinda más información para explicar el motivo por el que se necesita un medicamento específico o una determinada dosis o cantidad de un medicamento.

Los siguientes servicios están a su disposición para cubrir las necesidades adicionales que pueda tener:

- Servicios de interpretación.
- Servicios de traducción.
- Ayudas y servicios auxiliares.
- Información escrita en formatos alternativos, incluidos braille y letra grande.

1.2.1 Lista unificada de medicamentos preferidos

En Gainwell se usa una UPDL, que es una lista de los medicamentos que preferimos que receten los proveedores. Puede encontrar una copia de la UPDL de las siguientes maneras:

- Bajo Reference Material (Material de referencia), Drug Coverage (Cobertura de medicamentos) en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- En el sitio web de farmacias del Departamento de Medicaid de Ohio en <https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl>.
- Comunicándose con los Servicios al Miembro al **1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437)** para solicitar una copia impresa

1.2.2 Autorizaciones previas

Es posible que el profesional que expide recetas deba presentar una solicitud de autorización previa para determinados medicamentos. El profesional que expide recetas deberá enviar estas solicitudes a través de distintos medios (ePA, portal web, fax, teléfono o correo postal) para garantizar una revisión rápida y eficaz de su medicamento. En estas circunstancias, su proveedor deberá enviar una solicitud de autorización al equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell, en la que completarán una revisión clínica del medicamento que solicita. El equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell trabajará en estrecha colaboración con el profesional que expide recetas para alcanzar la mejor decisión desde el punto de vista clínico. Recibirá una carta por correo donde se le comunicará la decisión.

Si no está de acuerdo con la decisión de Gainwell, recibirá información detallada sobre cómo puede apelar nuestra decisión.

Tiene la opción de llamar sin costo a los Servicios al Miembro al **1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437)** para consultar sobre la UPDL, sobre los medicamentos que requieren autorización previa o sobre cualquier cuestión relacionada con medicamentos. La UPDL y una lista

de medicamentos que requieren autorización previa se encuentran a su disposición en línea en: <https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-and-partners/phm/unified-pdl>. Es importante que usted o el profesional que expide recetas consulten la UPDL o la lista de medicamentos que requieren autorización previa cada vez que surjan dudas, ya que estos documentos pueden sufrir modificaciones.

1.2.3 Estrategias de administración de la utilización de farmacias

Se usará la UPDL con cada revisión de autorización previa que complete el equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell. Cuando se requiere una autorización previa, Gainwell debe aprobar la solicitud del profesional que expide recetas antes de que le puedan surtir los medicamentos en su farmacia preferida de la red. Se puede requerir una autorización previa en las siguientes situaciones:

- Hay un medicamento genérico disponible.
- El medicamento solicitado puede ser objeto de uso indebido o abuso.
- Se deben probar otros medicamentos primero.
- Se superaron los límites de cantidad para el medicamento solicitado.
- El medicamento que le recetó el proveedor no se incluye en la UPDL.

Por lo general, en la UPDL se incluyen varias opciones de medicamentos para tratar una condición en particular. Estos medicamentos son conocidos como “alternativos” y tienen la misma eficacia que otros medicamentos y no provocan efectos secundarios o problemas médicos adicionales.

Entre los motivos específicos por los cuales se le puede exigir al profesional que expide recetas que presente una solicitud de autorización previa se incluyen los siguientes:

Terapia escalonada: En algunos casos, nuestro plan exige que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su condición médica.

Reemplazo por medicamentos genéricos: En este caso, se le exige a la farmacia que ofrezca un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca, cuando sea posible. Los medicamentos genéricos son igual de seguros y eficaces que los de marca y deben recetarse primero.

Medicamentos de especialidad: Se trata de una revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica y que requiere una atención y un manejo en particular durante el proceso de revisión de autorización previa. Para obtener estos medicamentos, es posible que deba acudir a una farmacia especializada. El profesional que expide recetas trabajará con los Servicios de Farmacia de Gainwell para asegurarse de que usted pueda obtener el medicamento que necesita lo más pronto posible.

1.2.4 Servicios excluidos

Gainwell no pagará las siguientes categorías que no están cubiertas por el programa de farmacia de Ohio Medicaid de conformidad con la norma del Código Administrativo de Ohio (OAC) 5160-9-03:

- Medicamentos para el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil.
- Medicamentos del programa de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI) o medicamentos que se consideren idénticos, similares o relacionados.
- Medicamentos que son elegibles para que Medicare Part D los cubra.

- Medicamentos de venta libre que no figuran en la sección (B)(6) de la norma del OAC 5160-9-03.
- Medicamentos que se utilizan para indicaciones que no cuentan con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a menos que los respalden pruebas clínicas convincentes.

1.2.5 Servicios adicionales

Puede llamar a nuestro Servicio de Asistencia para miembros al **1-833-491-0344** (TTY: **1-833-655-2437**) para que el equipo de farmacia de Gainwell le brinde ayuda con los siguientes servicios. Además, puede acceder a esta información en el portal para miembros al iniciar sesión en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Encontrar una farmacia para surtir la receta médica que le dio su proveedor, junto con información sobre los servicios que ofrece su farmacia (entrega a domicilio, traducción, empaque, etc.).
- Verificar que tenga activa la cobertura de farmacia.
- Obtener suministros para personas con diabetes cubiertos a través del beneficio de farmacia.

1.3 Solicitud de apelaciones, quejas o audiencias ante el Estado

Queja

Si no está conforme con algo relacionado con los Servicios de Farmacia de Gainwell o con nuestros proveedores, comuníquese con nosotros lo antes posible. Esto se denomina queja.

Puede contactarnos de las siguientes maneras:

- Llame a Servicios al Miembro al **1-833-491-0344** (TTY: **1-833-655-2437**).
- Visite nuestro sitio web, <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
- Escriba una carta en la que se detalle su inconformidad. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su ID de Medicaid y su dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted en caso de ser necesario. Puede enviar el formulario o la carta por correo electrónico o postal.

Correo electrónico: 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 comuniquen con Gainwell para enviar su queja, realizaremos un seguimiento por teléfono, correo postal u otro medio pertinente con los siguientes plazos:

- Dos (2) días hábiles para quejas sobre medicamentos que necesita pero que no pudo obtener.
- Treinta (30) días calendario para todas las demás quejas.

Apelación

Si recibe un aviso de nosotros con el que no está de acuerdo, puede pedir una apelación en un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del aviso. Gainwell le dará una respuesta a su apelación en un plazo de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si considera que, en quince (15) días calendario, su vida, su salud física o mental o su capacidad para conseguir, mantener o recuperar las funciones plenas corren grave peligro, comuníquese con los Servicios al Miembro de Gainwell al siguiente número lo más pronto posible para acelerar el proceso de revisión. Puede solicitar una apelación a través de los siguientes medios:

- Llame a Servicios al Miembro al 1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437).
- Complete el formulario de apelaciones que se incluye en este Manual del miembro y envíelo por correo postal a los Servicios de Farmacia de Gainwell a la dirección que figura más abajo o mediante el portal para miembros.
- Visite nuestro sitio web, <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
- Envíenos una carta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su ID de Medicaid y su dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted en caso de ser necesario. Puede enviar el formulario o la carta por correo electrónico o postal.

Correo electrónico: 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 el número de ID de Medicaid que aparece en su tarjeta.
- El nombre del profesional que expide recetas.
- El motivo por el que no está de acuerdo con el resultado que le brindó Gainwell.
- Cualquier documentación o información que respalde su solicitud para que se anule la decisión.

Gainwell debe darle una respuesta a su apelación en un plazo de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión, recibirá un aviso por escrito y le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia ante el Estado. Debe completar el proceso de apelaciones para poder solicitar una audiencia ante el Estado.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una queja o una apelación, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que necesitaremos otros catorce (14) días calendario. En esa carta también encontrará información sobre el motivo por el que necesitamos más tiempo para completar la solicitud.

Continuación de beneficios hasta la resolución de la apelación

- Requisitos para la continuación de beneficios: El administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) debe continuar los beneficios de los miembros si se dan todas las condiciones siguientes:
- El miembro presenta la solicitud de apelación dentro de los diez días calendario a partir de la fecha del aviso de determinación adversa sobre beneficios o la fecha de entrada en vigor de la acción propuesta.
- La apelación se refiere a la cancelación, suspensión o reducción de un servicio autorizado previamente: Reclamación o autorización previa (PA).
- Un proveedor autorizado ordenó los servicios.
- El período cubierto por la autorización original no ha expirado.
- El miembro presenta en tiempo y forma la solicitud de continuación de beneficios.
- Complete la totalidad del formulario de COB que se encuentra en <https://spbm.medicaid.ohio.gov/> y envíelo por correo electrónico a OH_MCD_PBM_GA@gainwelltechnologies.com o por fax al 833-616-4658.

Audiencia imparcial ante el Estado

Debe completar el proceso de apelaciones de Gainwell para poder solicitar una audiencia ante el Estado. Una audiencia ante el Estado es una reunión entre usted o su representante autorizado, o el representante del patrimonio del miembro fallecido, un representante del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado, un representante de Gainwell y un funcionario de la Oficina de Audiencias ante el Estado del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS). Durante esta reunión, usted deberá explicar por qué cree que los Servicios de Farmacia de Gainwell no tomaron la decisión correcta, y Gainwell deberá explicar los motivos por los cuales se tomó la decisión. El funcionario de audiencia tomará una decisión de acuerdo con las normas, las regulaciones y la información proporcionada durante la audiencia.

Le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia ante el Estado si no cambiamos nuestra decisión como resultado de la apelación a Gainwell. Si desea tener una audiencia ante el Estado, usted o su representante autorizado deben solicitar una audiencia en un plazo de noventa (90) días calendario a partir del rechazo de Gainwell a la apelación.

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

Por lo general, las decisiones de las audiencias imparciales ante el Estado se emiten, a más tardar, setenta (70) días calendario después de que se recibió la solicitud. Si se determina que la condición médica cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se emitirá lo más pronto posible, pero no se demorará más de tres (3) días hábiles después de que se recibió la solicitud. Las decisiones aceleradas se toman en aquellas situaciones en las que el plazo de la revisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para conseguir, mantener o recuperar sus funciones plenas.

1.4 Recomendaciones sobre modificaciones

Como miembro de los Servicios de Farmacia de Gainwell, tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades en cuanto a la cobertura de medicamentos.

Puede enviar recomendaciones a los Servicios de Farmacia de Gainwell por correo electrónico a OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com o llamar a los Servicios al Miembro al **1-833-491-0344** (TTY/TDD: **614-728-2985**).

1.5 Acceso a farmacias

Los Servicios de Farmacia de Gainwell ofrecen un portal seguro para miembros donde puede iniciar sesión y administrar sus necesidades de farmacia. Para iniciar sesión en su portal personal para miembros, visite <https://spbm.medicaid.ohio.gov> e ingrese la información personal que utilizó para configurar su cuenta. Se sugiere que tenga a mano la siguiente información antes de registrarse en el Portal Seguro del SPBM:

- Nombre y apellido
- Fecha de nacimiento
- Los últimos cuatro (4) dígitos de su número del Seguro Social (SSN):
- Una identificación (ID) de titular de tarjeta del administrador único de beneficios de farmacia de Ohio (OH SPBM).
- El número de identificación personal (PIN) asociado a su ID de titular de tarjeta.
- Número de identificación del Estado de Ohio (OHID).
- Identificación de múltiples factores (MFA).

El número de identificación personal PIN se utiliza para acceder a información segura en línea. A los miembros se les envió por correo una carta con su PIN e instrucciones de acceso para el Portal Web Seguro del SPBM, o recibieron su PIN en su carta de bienvenida. También puede obtener su PIN llamando al Centro de Servicios al Cliente al 1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437). Se verificará su identidad durante la llamada proporcionando su nombre, fecha de nacimiento, número del Seguro Social y número del medicamento recetado de su última receta surtida. Una vez que se verifique su identidad, se le proporcionará su PIN por teléfono. De lo contrario, se enviará su PIN por correo a la dirección postal que figura en su expediente de miembro.

Si el Servicio de Asistencia no puede verificar su identidad, puede solicitar su PIN a través del Portal Seguro del SPBM. Los pasos para solicitar su PIN a través del Portal Seguro del SPBM se encuentran en el Manual del Usuario de Registro de Miembro que se encuentra aquí: <https://spbm.medicaid.ohio.gov/SPContent/DocumentLibrary/User%20Guides>

Si quiere encontrar un proveedor de farmacia en el portal para miembros de Gainwell, puede usar el Directorio de Farmacias que se encuentra en la página de inicio del sitio web <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o llamar sin costo a los Servicios al Miembro al **1-833-491-0344** (TTY: **1-833-655-2437**) para hablar con un agente de los Servicios de Farmacia de Gainwell y recibir ayuda paso a paso para registrarse y obtener acceso.

1.6 Medicamentos de emergencia para pacientes ambulatorios

En caso de una situación de emergencia, tiene la opción de recibir un suministro para 72 horas (3 días) de sus medicamentos médicamente necesarios. Si tiene dificultades con este proceso, comuníquese con los Servicios de Farmacia de Gainwell al **1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437)**.

1.7 Declaración de no discriminación

Los Servicios de Farmacia de Gainwell respetan las leyes estatales y federales sobre derechos civiles para brindarle protección contra la discriminación y el trato injusto. No tratamos a las personas de forma injusta debido a su edad, origen racial, color, nacionalidad, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad mental o física, antecedentes médicos, estado de salud, información genética, prueba de asegurabilidad, estatus militar, condición de veterano, ascendencia o necesidad de servicios de atención de salud para recibir los servicios cubiertos o acudir a una ubicación geográfica.

En Gainwell, no tenemos objeciones morales o religiosas respecto de los servicios que proporcionamos a los miembros del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita alguno de los siguientes servicios adicionales, comuníquese sin costo con los Servicios al Miembro al **1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437)** para hablar con un miembro del equipo sin cargo adicional:

- Servicios de interpretación.
- Servicios de traducción.
- Ayudas y servicios auxiliares.
- Información escrita en otros idiomas, entre ellos, español, somalí y árabe.
- Información escrita en formatos alternativos, entre ellos, braille y letras grandes.

1.8 Declaración sobre la red de proveedores

Gainwell trabaja con farmacias para que le puedan surtir recetas médicas cerca de su hogar y tenga fácil acceso a los medicamentos que necesita. Muchas de las farmacias ofrecen servicios que incluyen entrega a domicilio de medicamentos recetados y ayuda y administración de medicamentos si habla un inglés limitado, tiene dificultades para ver o escuchar, o una discapacidad que necesita ayuda adicional. También hay farmacias especializadas que ofrecen medicamentos con requisitos específicos de manipulación, almacenamiento y distribución para tratar enfermedades poco frecuentes, complejas o de alto riesgo. Si se realizan cambios en estas farmacias, nos aseguraremos de comunicárselos en el sitio web, en el portal para miembros de Gainwell o en las comunicaciones por correo, según su método de comunicación preferido.

Gainwell no cubre el surtido de medicamentos que requieren receta médica en farmacias que no están registradas (fuera de la red) para dispensar medicamentos a los miembros de Ohio Medicaid, lo que incluye, entre otras, las farmacias que se encuentran lejos de su hogar, excepto 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 sobre cómo localizar una farmacia que cubre su red en el directorio de proveedores de farmacia en línea, en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o en el portal para miembros de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Puede utilizar el servicio automatizado de Gainwell para ayudarlo a encontrar una farmacia o solicitar una copia impresa del directorio de proveedores de farmacia llamando a los Servicios al Miembro de forma gratuita al **1-833-491-0344** (TTY: **1-833-655-2437**).

Inglés

To help you understand this notice, language assistance, interpretation services, and auxiliary aids and services are available upon request at no cost to you. Services available include, but are not limited to: oral translation, written translation, and auxiliary aids. You can request these services and/or auxiliary aids by calling Gainwell Service Desk : 1-833-491-0344; individuals with a hearing impairment may call TTY 1-833-655-2437.

Español

Para ayudarlo a comprender este aviso, se encuentran disponibles a pedido asistencia lingüística, servicios de interpretación, ayudas auxiliares y otros servicios sin costo alguno. Los servicios disponibles incluyen, entre otros: traducción oral, traducción escrita y ayudas auxiliares. Puede solicitar estos servicios o ayudas auxiliares llamando al Servicio de atención al público de Gainwell: 1-833-491-0344; las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al TTY 1-833-655-2437.

Nepalí (Nepal)

यो सूचना बुझ्न सहायता गर्न, भाषा सहायता, दोभासे सेवा र सहायक उपकरण तथा सेवा तपाईंको अनुरोधमा निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। उपलब्ध सेवाहरूमा मौखिक अनुवाद, लिखित अनुवाद, र सहायक उपकरणहरू समावेश छन्, तर यिनीसँग मात्र सीमित छैन। तपाईंले यी सेवाहरू र/वा सहायक सहायताहरू गेनवेल सेवा डेस्कमा कल गरेर अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ: 1-833-491-0344; श्रवणशक्ति कमजोर भएका व्यक्तिले TTY 1-833-655-2437 मा कल गर्न सक्छन्।

Árabe

لمساعدتك على فهم هذا الإشعار، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية وخدمات الترجمة الفورية، والوسائل والخدمات المساعدة عند الطلب دون أي تكلفة عليك. تشمل الخدمات المتاحة، ولكن لا تقتصر على: الترجمة الشفوية، والترجمة التحريرية، والوسائل المساعدة. يمكنك طلب هذه الخدمات و/أو الوسائل المساعدة على الرقم **1-833-491-0344**، ويمكن للأفراد الذين لديهم ضعف في السمع الاتصال عبر **Gainwell** من خلال الاتصال بمكتب خدمات **TTY** على الرقم: **1-833-655-2437**.

Criollo francés haitiano

Pou ede w konprann avi sa a, gen asistans lengwistik, sèvis entèpretasyon, èd oksilyè ak sèvis ki disponib gratis, lè ou fè demann pou sa. Sèvis ki disponib yo gen ladan yo, men se pa sa sèlman: tradiksyon oral, tradiksyon alekri ak èd oksilyè. Ou kapab mande sèvis sa yo ak/oswa èd oksilyè lè w rele Gainwell Service Desk nan : 1-833-491-0344; moun ki gen pwoblèm tande yo ka rele TTY nan 1-833-655-2437.

Somali

Si lagaaga caawiyo inaad fahanto ogaysiiskan, kaalmada luqadda, adeegyada tarjumaada, iyo kaalmooyinka iyo adeegyada ayaa la heli karaa marka la codsado lacag la'aan adiga. Adeegyada la heli karo waxaa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn: tarjumaada afka, turjumaadda qoran, iyo qalabyada caawinta. Waxaad codsan kartaa adeegyadan iyo/ama caawimada caawimada adiga oo wacaya Gainwell Service Desk : 1-833-491-0344; Shakhsiyaadka maqalka liidata waxay wici karaan TTY 1-833-655-2437.

Ucraniano

Щоб допомогти вам зрозуміти зміст цього повідомлення, за запитом ви можете отримати безоплатну мовну допомогу, послуги усного перекладу, а також допоміжне обладнання та додаткові послуги. Доступні послуги включають, зокрема, усний переклад, письмовий переклад і допоміжне обладнання. Ви можете замовити ці послуги та/або допоміжне обладнання, зателефонувавши до служби підтримки Gainwell за номером 1-833-491-0344; для людей із вадами слуху працює номер ТТУ 1-833-655- 2437.

Ruso

Чтобы помочь вам понять смысл этого уведомления, по запросу вы можете получить бесплатную языковую помощь, услуги устного перевода, а также вспомогательное оборудование и дополнительные услуги. Доступные услуги включают, в частности, устный перевод, письменный перевод и вспомогательное оборудование. Вы можете запросить эти услуги и/или вспомогательное оборудование, позвонив в отдел обслуживания Gainwell по номеру 1-833-491-0344; для людей с нарушениями слуха предусмотрен номер ТТУ 1-833-655-2437.

Suajili

Ili kukusaidia kuelewa noti hii, usaidizi wa lugha, huduma za ukalimani, na visaidizi na huduma za ziada zinapatikana unapomba bila gharama kwako. Huduma zinazopatikana ni pamoja na, lakini sio tu: tafsiri ya mdomo, tafsiri ya maandishi, na visaidizi vya ziada. Unaweza kuomba huduma hizi na/au visaidizi kwa kupiga simu Dawati la Huduma la Gainwell : 1-833-491-0344; watu walio na ulemavu wa kusikia wanaweza kupiga simu TTY 1-833-655-2437.

Kinyarwanda (Burundi)

Kugira ngo tugufashe gusobanukirwa iri tangazo, ubufasha bujyanye n'indimi, serivisi z'ubusemuzi, n'ibikoreho na serivisi bifasha abafite ubumuga mu kumva biraboneka nta kiguzi utanze iyo ubisabye. Serivisi ziboneka zikubiyemo, ariko si gusa: ubusemuzi mu mvugo, ubusemuzi mu nyandiko, n'ibikoreho bifasha abafite ubumuga mu kumva. Ushobora gusaba izi serivisi na/cyangwa ibikoreho bifasha abafite ubumuga mu kumva binyuze mu guhamagara Serivisi z'ubufasha za Gainwell : 1-833-491-0344; abantu bafite ibibazo mu kumva bashobora guhamagara TTY 1-833-655-2437.

Francés

Pour vous aider à comprendre cet avis, une assistance linguistique, des services d'interprétation et des aides et services auxiliaires sont disponibles sur demande et sans frais. Les services disponibles comprennent, sans toutefois s'y limiter, la traduction orale, la traduction écrite et les aides auxiliaires. Vous pouvez demander ces services et/ou ces aides auxiliaires en appelant le bureau de service Gainwell : 1-833-491-0344 ; les personnes malentendantes peuvent appeler l'ATS 1-833-655-2437.

Pastún (Afganistán)

تاسو کولی شئ معلومات تر لاسه کړئ چې څنگه یوه دواخانه پیدا کړئ چې ستاسو د شبکې لخوا پوښل شوي وي، د دواخانه چمتو کولو لارښود ته آ <https://spbm.medicaid.ohio.gov> د غړي پورتال ته په ننوتلو سره په Gainwell یا د <https://spbm.medicaid.ohio.gov> نلاین لاسرسی له لارې په اتومات خدمت وکاروئ ترڅو د دواخانې په موندلو کې مرسته وکړي، یا د غړو خدماتو ته په وړیا Gainwell تاسو کولی شئ د <https://spbm.medicaid.ohio.gov> څخه ووهئ ترڅو د دواخانې چمتو کولو لارښود یوه چاپي نسخه غوښتنه وکړئ (TTY 1-833-655-2437) توگه په 1-833-491-0344.

Darí (Afganistán)

شما می‌توانید معلومات در مورد پیدا کردن دواخانه‌ای که تحت شبکه شما پوشش دارد را از طریق دسترسی به فهرست ارائه‌دهندگان دواخانه به صورت <https://spbm.medicaid.ohio.gov> در Gainwell یا با ورود به پورتال اعضای <https://spbm.medicaid.ohio.gov> آنلاین در برای کمک به پیدا کردن دواخانه استفاده کنید یا با تماس به خدمات اعضا به صورت رایگ Gainwell به‌دست آورید. شما می‌توانید از خدمات خودکار یک‌نسخه چاپی از فهرست ارائه‌دهندگان دواخانه درخواست نمایید (TTY 1-833-655-2437) ان به شماره 1-833-491-0344.

Uzbeko (Uzbekistán)

Bu bildirishnomani tushunishingizga yordam berish uchun so'rovingiz asosida bepul til yordamchi xizmatlari, og'zaki tarjima xizmatlari va qo'shimcha yordamchi vositalar taqdim etiladi. Mavjud xizmatlar qatoriga og'zaki tarjima, yozma tarjima hamda yordamchi vositalar kiradi. Siz ushbu xizmatlar va/yoki qo'shimcha yordamni Gainwell qo'llab-quvvatlash xizmatining 1-833-491-0344 raqamiga qo'ng'iroq qilib so'rashingiz mumkin; Eshitish qobiliyati cheklangan shaxslar TTY 1-833-655-2437 raqami orqali bog'lanishlari mumkin.

Vietnamita

Để giúp bạn hiểu thông báo này, hỗ trợ ngôn ngữ, dịch vụ phiên dịch, phương tiện trợ giúp và dịch vụ phụ trợ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu. Các dịch vụ có sẵn bao gồm, nhưng không giới hạn ở: dịch bằng lời nói, dịch bằng văn bản và phương tiện phụ trợ. Bạn có thể yêu cầu các dịch vụ và/hoặc phương tiện phụ trợ bằng cách gọi cho Bộ phận Dịch vụ Gainwell theo số 1-833-491-0344; người khiếm thính có thể gọi TTY 1-833-655-2437.

Tigriña

ከዚ ምልክታ ከትርጉም ንክትገባዎም፣ ሓገዝ ቋንቋ፣ ኣገልግሎታት ትርጉም፣ ከምኡ'ውን ተወሰኹቲ ሓገዛትን ኣገልግሎታትን ኣብ ዝሓተትኩምዎ ብዘይ ክፍሊት ይርከቡ። ዘለው ኣገልግሎታት፣ ናይ ዘረባ ትርጉም፣ ናይ ጽሑፍ ትርጉምን ተወሰኹቲ ሓገዛትን ዘጠቓልሉ ክይኖም፣ በዚ ጥራሕ ዝድረቱ ኣይኮኑን። ናብ ኣገልግሎት ማእኸል ሓገስ Gainwell (Gainwell Service Desk) 1-833-491-0344 ብምድዋል፣ ነዞም ኣገልግሎታትን/ወይ ተወሰኹቲ ሓገዛት ከትሓቱ ትክእሉ ኢኹም፤ ናይ ምስማዕ ጸገም ዘለዎም ውልቅ-ሰባት ናብ TTY 1-833-655-2437 ክድውሉ ይክእሉ እዮም።

Declaración de no discriminación

Buckeye Health Plan cumple las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y tiene prohibido discriminar por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el estado de embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Buckeye Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Buckeye Health Plan:

- Brinda herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
 - Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos sin costo alguno.
 - Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 TTY: 711.
- Servicios gratuitos de idiomas a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas
 - Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-246-4358 TTY: 711.

Si cree que Buckeye Health Plan no brindó estos servicios o discriminó de otro modo por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja con: Buckeye Health Plan (Appeals Unit), 4349 Easton Way, Suite 120, Columbus, OH 43219, 1-833-236-9681 (TTY: 1-800-750-0750), Fax: 1-866-719-5404, correo electrónico: BuckeyeGA@centene.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de quejas y apelaciones está a su disposición para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo a través del portal en línea de la oficina para ese fin, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. Este aviso está disponible en el sitio web de Buckeye Health Plan: www.buckeyehealthplan.com/non-discrimination-notice.html.

Asistencia de idiomas

Inglés:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. Para obtenerlo, llame al 1-866-246-4358 (TTY:711).

Español:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos sin costo alguno. Para obtenerlo, llame al 1-866-246-4358 (TTY:711).

Criollo haitiano:

ATANSYON: Si w pale angle, gen sèvis asistans ak lang, sèvis ak zouti pou ede w kominike pi byen, tèks ki pi gran, tradiksyon aloral, ak lòt fòm altènativ ki disponib pou ou gratis. Pou jwenn sa, tanpri rele 1-866-246-4358 (TTY:711).

Ucraniano:

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, для вас доступні безкоштовні послуги усного й письмового перекладу, допоміжні засоби й послуги, матеріали великим шрифтом або в інших альтернативних форматах. Щоб отримати такі матеріали або послуги, зателефонуйте на номер 1-866-246-4358 (TTY: 711).

Nepalí:

ध्यान दिनुहोस्: तपाईं अङ्ग्रेजी बोल्नुहुन्छ भने भाषासम्बन्धी सहायता सेवा, सहायक उपकरण तथा सेवा, ठूलो फन्ट, मौखिक अनुवाद र अन्य वैकल्पिक ढाँचाहरू तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराइन्छन्। यो सेवा प्राप्त गर्न कृपया 1-866-246-4358 (TTY:711) मा फोन गर्नुहोस्।

Árabe:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة الإنجليزية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية، والمساعدات والخدمات الإضافية، والكتابة بخط كبير، والترجمة الشفوية، وغيرها من التنسيقات البديلة دون أي تكلفة. للحصول على ذلك، يرجى الاتصال على الرقم 1-866-246-4358 (TTY:711).

Somalí:

LA SOCO: Haddii aad ku hadasho luqadda Ingiriisiga, adeegyada kaalmada luqadda, kaalmo gargaar ah iyo adeegyada, ku qoran farta qoraalka wayn, turjumaada hadalka ah, iyo qaabab kale oo beddel ah ayaad adiga laguugu heli karaa kharash la'aan. Si aad tan u hesho, fadlan soo wac 1-866-246-4358 (TTY:711).

Ruso:

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вы можете бесплатно получать услуги языковой помощи и устного перевода, вспомогательные средства и услуги, материалы, напечатанные крупным шрифтом, и в других альтернативных форматах. Чтобы воспользоваться, звоните по телефону 1-866-246-4358 (TTY:711).

Suajili:

NOTISI: Ikiwa unazungumza Kiingereza, unapata huduma za usaidizi wa lugha, vifaa na huduma za kusaidia kusikia, fonti kubwa, tafsiri ya mdomo na miundo mingine bila malipo. Ili kupata hii, tafadhali piga simu 1-866-246-4358 (TTY:711).

Francés:

ATTENTION : Si vous parlez anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement de services d'assistance linguistique, d'aides et services auxiliaires, de textes en gros caractères, de traductions orales et d'autres formats alternatifs. Pour y avoir accès, veuillez appeler le 1-866-246-4358 (TTY : 711).

Kinyarwanda:

BIRAKUREBA: Niba uvuga icyongereza, serivisi z'ubufasha bw'ururimi, ibikoresho nyunganizi byo gufasha abafite ubumuga na serivisi, inyuguti nini, gusemura, n'indi miterere biraboneka kuri wowe nta kiguzi wishyuye. Kugira ngo ubone ibi, hamagara 1-866-246-4358 (TTY:711).

Uzbeko:

DIQQAT: Ingliz tilida gaplashsangiz, til bo'yicha yordam xizmatlari, yordamchi vositalar va xizmatlar, kattaroq shrift, og'zaki tarjima va boshqa muqobil formatlar siz uchun bepul taqdim etiladi. Ulardan foydalanish uchun 1-866-246-4358 (TTY:711) raqamiga qo'ng'iroq qiling.

Pastún:

پاملرنه: که تاسو انگلیسي ژبه خبرې کوئ، نو د ژبي د مرستي خدمات، مرستندويه مرستي او خدمات، لوی د خطونو اندازه، شفاهي ژباړه، او نور بديل فارمتونه ستاسو لپاره په وړيا ډول شتون لري. ددی تر لاسه کولو لپاره، مهرباني وکړئ (TTY:711) 1-866-246-4358 ته زنگ ووهئ.

Vietnamita:

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Anh, quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ, phương tiện và dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, phông chữ lớn hơn, bản dịch bằng lời nói và các định dạng thay thế khác. Để nhận các dịch vụ này, vui lòng gọi số 1-866-246-4358 (TTY:711).

Tigríña:

ኣስተባባሪ፣ እንድሕር ደኣ ቋንቋ እንግሊዝ ትዛረብ ኬንካ፣ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎታት፣ ተደራብቲ ሓገዛትን ኣገልግሎታትን፣ ዓባይቲ ቅርጽ-ፊደላት፣ ዘረባዊ ትርጉም፣ ከምኡደማ ካልኣት ኣማራጽያዊ ኣቀራርባታት ብናጻ ኢኻ ትረከብ። እዚ ክትረከብ፣ ብኽብረትካ ናብ 1-866-246-4358 (TTY:711) ደውል።

Darí:

توجه: اگر به زبان انگلیسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، وسایل و خدمات کمکی دیگر، فونت بزرگ تر، ترجمه شفاهی و سایر فارمتهای بدیل بطور رایگان قابل دسترس شما هستند. برای دریافت آن به 1-866-246-4358 (TTY:711) زنگ بزنید.



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



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



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