

Manual del afiliado 2019



CONTENIDO

AVISO -----	4
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES -----	5
SIGNIFICADO DE PALABRAS QUE ENCONTRARÁ EN ESTE MANUAL -----	6
BIENVENIDO A BUCKEYE HEALTH PLAN -----	7
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN -----	8
INFORMACIÓN PARA NUEVOS AFILIADOS -----	9
SERVICIOS Y BENEFICIOS -----	10
Servicios que Buckeye cubre	10
Servicios fuera de la red	13
Nueva tecnología	14
Servicios de salud conductual (incluidos servicios de salud mental y de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias)	14
Servicios y beneficios adicionales de Buckeye a disposición de todos los afiliados	14
Start Smart for Your Baby®-----	15
Programa de recompensas de My Health Pays® -----	15
Transporte	16
Beneficios oftalmológicos	17
Beneficios odontológicos	17
Atención de relevo	17
Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas	17
Programa para el asma	18
Member Connections	18
TEXT4BABY	18
Recordatorios de atención médica	19
Boletines informativos para afiliados	19
Administración de la atención	19
Salud mental y conductual-----	19
Servicios que no cubren ni Buckeye ni Medicaid de Ohio	21

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA -----	22
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP).....	22
CAMBIO DE PCP-----	22
ATENCIÓN DE EMERGENCIA -----	23
Atención fuera del área, fuera del horario de atención y de emergencia	23
Atención fuera del área y fuera del horario de atención-----	23
SERVICIOS DE EMERGENCIA -----	23
MEDICAMENTOS CON RECETA-----	24
RECLAMOS Y APELACIONES-----	25
Reclamos -----	26
Audiencias del estado -----	26
Formulario para reclamos o apelaciones	28
CANCELACIÓN DE LA MEMBRESÍA -----	29
Cancelación de la membresía.....	29
Pérdida de elegibilidad para Medicaid-----	29
Aviso de pérdida del seguro (certificado de cobertura acreditable) -----	29
Renovación automática de la membresía en el MCP-----	29
Cancelación de su membresía en el MCP -----	29
Cancelaciones de la membresía por una causa justa -----	29
Puntos que debe tener en cuenta si cambia su membresía -----	30
Membresía opcional-----	30
Excluidos de la membresía en un MCP -----	30
¿Puede Buckeye cancelar mi membresía? -----	31
DERECHOS COMO AFILIADO -----	32
Sus derechos como afiliado	32
RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO -----	34
Sus responsabilidades como afiliado.....	34
OTRA INFORMACIÓN -----	35
Enfermedad o lesión accidental (subrogación)-----	35
Otro seguro de salud (coordinación de beneficios, COB) -----	35
AVISO DE PRIVACIDAD -----	36
Obligaciones de las entidades cubiertas:-----	36
Usos y divulgaciones de su PHI:-----	37
Acuerdo verbal sobre los usos y las divulgaciones de su PHI-----	39
Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito-----	39
Sus derechos -----	39
Información de Contacto -----	40

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS -----41

Usted tiene una opción 41

Testamento vital 42

Orden de no reanimar 43

Poder legal duradero 43

Declaración para la atención de salud mental 43

Instrucciones anticipadas..... 44

Otros asuntos para pensar 44

Donación de órganos y tejidos..... 45

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA -----46

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN-----47

AVISO

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-246-4358 (TTY: 711).

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

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-246-4358 (TTY: 711)

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

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

Otros servicios ofrecidos en el sitio web incluyen los siguientes:

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

Este Manual del afiliado está en vigencia a partir de julio de 2019.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Emergencias: 911 o número local para emergencias

Servicios para afiliados de Buckeye: 1-866-246-4358

Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas: 1-866-246-4358

Servicios de transporte: 1-866-246-4358

Servicio de retransmisión de Ohio: solo TTY: 1-800-750-0750

El horario de atención de Servicios para afiliados es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto los feriados. Buckeye está cerrado los siguientes feriados:

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

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

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

Línea directa para el cliente de Ohio: 1-800-324-8680

TTY: 1-800-292-3572

Nombre del PCP: _____

N.º de teléfono del PCP: _____

N.º de teléfono del PCP fuera del horario de atención: _____

Nombre del PCP de su hijo: _____

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

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

Su farmacia: _____

N.º de teléfono de la farmacia: _____

Su dentista: _____

N.º de teléfono del dentista: _____

SIGNIFICADO DE PALABRAS QUE ENCONTRARÁ EN ESTE MANUAL

Autorización previa: el proceso de obtener autorización previa de Buckeye en cuanto a la correspondencia de un servicio o medicamento. La autorización previa no garantiza la cobertura. Su médico enviará una solicitud de autorización previa a Buckeye para que se apruebe la cobertura de ciertos servicios. Si Buckeye no aprueba la solicitud, se lo notificaremos y le brindaremos información sobre el proceso de reclamos y apelaciones de Buckeye y su derecho a una audiencia del estado. Además, los servicios para pacientes internados pueden ser revisados simultáneamente para monitorear el progreso y la necesidad médica de la atención de pacientes internados.

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

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

Especialista: un médico que brinda servicios para un tipo de servicios de salud en particular, como un podólogo (médico de los pies) o cardiólogo (médico del corazón).

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

MHA: el Departamento de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Mental Health and Addiction Services) de Ohio.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención médica personal (que debe participar en Buckeye). Su PCP es un médico, un grupo de médicos, un profesional en enfermería avanzada o un grupo de profesionales en enfermería avanzada con capacitación en medicina familiar (práctica general), medicina interna o pediatría.

Proveedor participante: un médico, hospital u otro proveedor de atención médica con licencia que ha firmado un contrato con Buckeye para brindar atención a nuestros afiliados.

Reclamo: una queja sobre Buckeye o uno de nuestros proveedores.

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

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

BIENVENIDO A BUCKEYE HEALTH PLAN

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

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

Es importante recordar que debe recibir los servicios cubiertos por Buckeye de centros o proveedores que sean de la red de Buckeye. Consulte las páginas 8 a 19 para obtener información sobre los servicios cubiertos por Buckeye. Solo puede usar proveedores que no estén en la red de Buckeye para lo siguiente:

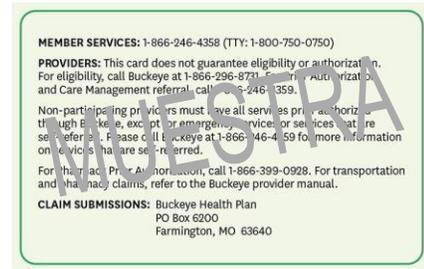
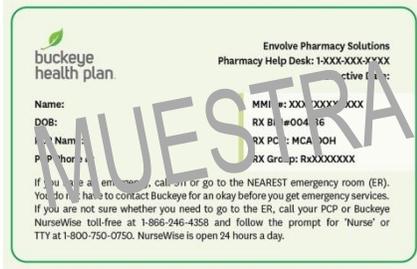
- Servicios de emergencia.
- Centros de salud/clínicas de salud rurales aprobados por el gobierno federal.
- Servicios de enfermeras obstetras certificadas o profesionales en enfermería certificados.
- Proveedores calificados de planificación familiar.
- Servicios certificados por el Departamento de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (MHAS, Mental Health and Addiction Services) de Ohio.
- Centros de salud mental comunitarios y centros de tratamiento.
- Centros de tratamiento certificados por el Departamento de Servicios de Abuso de Sustancias y Alcoholismo (Alcohol and Drug Addiction Services) de Ohio.
- Un proveedor fuera del equipo que Buckeye haya aprobado para su consulta.

Puede solicitar un Directorio de proveedores impreso llamando al departamento de Servicios para afiliados o devolviendo la postal que recibió junto con su carta de afiliado nuevo y su tarjeta de identificación de afiliado. El Directorio de proveedores menciona todos los proveedores del equipo y otros proveedores fuera del equipo que puede usar para obtener servicios. También puede visitar nuestro sitio web en BuckeyeHealthPlan.com para consultar información actualizada sobre proveedores del equipo o llamar a Servicios para afiliados al 1-866-246-4358, TTY: 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., para obtener asistencia.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

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

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



(Anverso de la tarjeta de identificación)

(Reverso de la tarjeta de identificación)

SIEMPRE LLEVE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN CON USTED

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

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

Llame a Servicios para afiliados de Buckeye lo antes posible al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si ocurre lo siguiente:

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

INFORMACIÓN PARA NUEVOS AFILIADOS

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

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

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

SERVICIOS Y BENEFICIOS

Servicios que Buckeye cubre

Como afiliado de Buckeye Health Plan, continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid sin costo alguno para usted.

Buckeye cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid.

- Acupuntura para el control del dolor de cabeza y del dolor en la parte baja de la espalda.
- Transporte en ambulancias y unidades de traslado.
- Servicios de enfermeras parteras certificadas.
- Servicios de enfermeros practicantes certificados.
- Servicios de quiropraxia (espalda).
- Beneficios odontológicos (incluye dos exámenes bucales y limpiezas periódicos para niños y adultos por año, más de lo disponible con Medicaid de pago por servicio).
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde su nacimiento hasta los seis años.
- Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis clínicos).
- Equipo médico duradero.
- Servicios de emergencia.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios en centros de salud o clínicas de salud rurales aprobados por el gobierno federal.
- Servicios en un centro de maternidad independiente (llame a Servicios para afiliados para saber cuáles son los centros calificados).
- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención en un hospicio (atención para personas con enfermedades terminales, por ejemplo, pacientes con cáncer).
- Los servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Suministros médicos.
- Servicios de salud conductual (incluidos servicios de salud mental y de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias).
- Servicios en centros de atención de enfermería para internaciones cortas de rehabilitación (llame a Servicios para afiliados para saber cuáles son los proveedores disponibles; es posible que el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) dictamine regresar a Medicaid de pago por servicio).
- Servicios de obstetricia (atención de maternidad: servicios prenatales y posparto, incluidos servicios para embarazos de riesgo) y ginecología.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Fisioterapia y terapia ocupacional.
- Examen físico requerido para trabajar o para participar en programas de capacitación laboral, si el examen no se brinda gratis en otro lugar.
- Servicios de podología (pies).
- Medicamentos con receta, incluidos ciertos medicamentos con receta de venta libre.
- Mamografías preventivas (mamas) y exámenes para detectar cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou).
- Servicios de proveedores de atención primaria.
- Diálisis renal (enfermedad renal).
- Servicios de relevo para afiliados con Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI) de menos de 21 años, según lo aprobado por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dentro de la exención 1915(b) aplicable y según se describe en la normativa del Código Administrativo de Ohio (OAC) 5160-26-03.
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre obesidad.
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).
- Vacunas (inmunizaciones).
- Servicios de especialistas.
- Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos.

- Servicios oftalmológicos (ópticos), incluida una selección ampliada de anteojos y lentes de contacto (más de lo disponible con Medicaid de pago por servicio).
- Exámenes de salud para personas (Healthchek) menores de 21 años.

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

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

- Servicios de proveedores de atención primaria. Los afiliados pueden ver a cualquier PCP cubierto para obtener servicios primarios cubiertos, entre ellos:
 1. Exámenes anuales de salud para adultos.
 2. Vacunas o inmunizaciones.
 3. Examen físico requerido para trabajar o para participar en programas de capacitación laboral, si el examen no se brinda gratis en otro lugar.
 4. HEALTHCHEK

Healthchek es el beneficio de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación de salud y análisis de laboratorio para todas las personas menores de 21 años que reúnan los requisitos para Medicaid. Estos exámenes importantes se aseguran de que los adultos jóvenes estén sanos y se estén desarrollando física y mentalmente. Las madres deben hacerse exámenes prenatales y los niños deben hacerse exámenes al nacer, a los 3 a 5 días de edad, al mes de haber nacido y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deben recibir al menos un examen al año o según lo indique la versión más reciente de las "Recommendations for Preventative Pediatric Health Care" (Recomendaciones para medicina preventiva de pediatría), publicadas por Bright Futures/American Academy of Pediatrics (Futuros Brillantes/Academia Americana de Pediatría).

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

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

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

Es muy importante realizarse controles preventivos y pruebas de detección para que sus proveedores puedan detectar cualquier problema de salud de manera temprana y tratarlo, o realizar una remisión a un especialista para el tratamiento, antes de que el problema empeore. Es posible que algunos servicios requieran una remisión de su PCP o autorización previa de Buckeye. Además, es posible que su proveedor requiera autorización previa para algunos de los productos o servicios de EPSDT a fin de que Buckeye cubra lo que tenga límites o lo que no tenga cobertura para afiliados mayores de 20 años. Consulte las páginas 11 a 12 para conocer qué servicios requieren una remisión o autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de la atención están disponibles para todos los afiliados menores de 21 años que tengan necesidades de atención médica especiales. Consulte la página 17 para obtener más información sobre los servicios de administración de la atención que ofrece Buckeye. Para obtener los servicios de Healthchek, puede llamar al consultorio de su PCP o su dentista y programar una cita. Asegúrese de informarle que es para Healthchek. Si desea obtener más información sobre el programa Healthchek o si necesita asistencia para acceder a la atención de servicios cubiertos, programar una cita con un proveedor, obtener transporte o autorizaciones previas, póngase en contacto con el departamento de Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).

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

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

- Servicios de obstetricia (OB) o de ginecología, entre ellos:
 - Atención de maternidad para cuidados prenatales y de posparto, incluidos servicios para embarazos de riesgo.
 - Mamografías preventivas (mama) y exámenes para detectar cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou).
- Servicios quiroprácticos.
- Atención de podiatría (de los pies).
- Servicios de enfermeras parteras certificadas.
- Atención odontológica de rutina.

- Servicios oftalmológicos (ópticos) de rutina, incluidos anteojos.
- Servicios de enfermeros practicantes certificados.
- Centros de atención de urgencia.
- Servicios de especialistas.
- Radiografías y análisis habituales (los especialistas participantes también pueden pedirle pruebas de diagnóstico).
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (algunos procedimientos quirúrgicos pueden requerir autorización previa).
- Servicios en clínicas.
- Educación de salud.
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).
- Diálisis renal (enfermedad renal).
- Transporte en furgoneta para personas en silla de ruedas que no sea de emergencia.

Puede autorremitirse a cualquier proveedor para obtener lo siguiente:

- Servicios de emergencia, incluido el transporte en ambulancia (ver página 21).
- Servicios y suministros de planificación familiar de un proveedor calificado de planificación familiar (que figure en el Directorio de proveedores).
- Atención en centros de salud o clínicas de salud rurales aprobados por el gobierno federal (que figuren en el Directorio de proveedores).

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

- Resonancias magnéticas.
- Angiografías por resonancia magnética.
- Cirugía bariátrica.
- Control del dolor.
- Tomografías por emisión de positrones (PET).
- Tomografías axiales computadas (CAT).
- Pruebas de esfuerzo nuclear.
- Servicios en centros de atención de enfermería para internaciones cortas de rehabilitación.
- Atención médica a domicilio.
- Atención en un hospicio (atención para personas con enfermedades terminales, por ejemplo, pacientes con cáncer).
- Servicios hospitalarios para pacientes internados (las internaciones de emergencia no necesitan remisión ni autorización previa).
- Suministros médicos (algunos suministros para pacientes con diabetes para monitorear la insulina y el azúcar en sangre no necesitan autorización).
- Equipo médico duradero.
- Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla DESPUÉS de las primeras 30 visitas.
- Atención odontológica que no sea de rutina (por ejemplo, cirugía).
- Servicios oftalmológicos (ópticos) que no sean de rutina (por ejemplo, cirugía).
- Transporte en ambulancias y unidades de traslado que no sea de emergencia.
- Cirugía plástica y reconstructiva.
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde su nacimiento hasta los seis años.
- Pruebas genéticas (prenatales, de detección de cáncer, pruebas para niños con retrasos en el desarrollo).

Servicios fuera de la red

La cobertura de servicios fuera de la red está disponible cuando Buckeye Health Plan no puede brindar un servicio cubierto necesario de forma correspondiente y puntual.

Nueva tecnología

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

Servicios de salud conductual (incluidos servicios de salud mental y de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias)

Los servicios de salud mental y de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias están disponibles a través del plan. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios médicos.
- Tratamiento asistido por medicamentos para adicciones.
- Medicamentos administrados en un consultorio.
- Pruebas psicológicas.
- Tratamiento de día de la salud mental.
- Servicios de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias para incluir apoyo de pares para recuperación, hospitalización parcial y tratamiento residencial.
- Servicios terapéuticos de la conducta.
- Rehabilitación psicosocial.
- Servicios de apoyo psiquiátrico comunitario.

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

Si necesita servicios de salud mental o tratamiento de trastorno por abuso de sustancias, los proveedores de salud mental contratados por Buckeye figuran en nuestro Directorio de proveedores. Podrá encontrarlo en nuestro sitio web en BuckeyeHealthPlan.com. También puede llamar a Servicios para afiliados al 1-866-246-4358 para obtener ayuda para encontrar proveedores en su área.

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

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

Servicios y beneficios adicionales de Buckeye a disposición de todos los afiliados

A menos que se indique lo contrario, póngase en contacto con Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para obtener los servicios que figuran a continuación. El horario de atención de Servicios para afiliados es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto los feriados que figuran en la página 2. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener asistencia con reclamos y apelaciones, si recibe una factura por servicios de un proveedor, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o cambiar su Proveedor de atención primaria, si necesita asistencia lingüística o ayuda para acceder a servicios cubiertos. Estamos aquí para responder todas sus preguntas y ocuparnos de cualquier preocupación que pueda tener. Buckeye ofrece los siguientes servicios y beneficios adicionales a los afiliados.

Start Smart for Your Baby®

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

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

Este programa está destinado a usted si está en alguna de las situaciones siguientes:

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

Este programa brinda lo siguiente:

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

Primeros pasos que dar:

Si está embarazada, infórmenoslo completando una Notificación de embarazo (NOP).

Puede hacerlo de la siguiente manera

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

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

- Embarazo: \$25 (para la tercera, sexta y novena consulta prenatal; se necesita la NOP).
- Posparto: \$50 (la consulta debe ser de 21 a 56 días después del parto).
- Consulta de bienestar para bebés: \$100 (debe completar seis consultas durante los primeros 15 meses de vida).

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

Programa de recompensas de My Health Pays®

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

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

Gane recompensas al completar las siguientes actividades saludables:

\$50: consulta anual de bienestar (una por año calendario, para personas de 12 años o más) (para personas de 21 años o más, \$35 con su PCP designado)

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

\$25: vacuna contra la influenza (durante la temporada de influenza, septiembre a abril, para personas de 6 meses de edad a 5 años y de 50 o más)

- Prueba anual de detección de cáncer de mama (mujeres de 40 a 69 años): \$25.
- Atención de bienestar para el embarazo y el bebé.
 - \$50 por completar un formulario de Notificación de embarazo (NOP) dentro del primer trimestre **O BIEN**, \$25 por completar un formulario de Notificación de embarazo (NOP) dentro del segundo trimestre*.
 - Consulta posparto con el médico entre 21 y 56 días después del parto: \$50.
 - Completar seis consultas de bienestar para el bebé (ya que hay ocho consultas del niño sano [WCV] programadas) para los 15 meses de edad: \$100.

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

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

Transporte

Buckeye ofrece cobertura de viajes de ida y vuelta para servicios cubiertos a más de 30 millas de distancia.

Además, Buckeye ofrece hasta 30 consultas con traslados ida y vuelta (60 viajes de ida) por afiliado por cada período de 12 meses para las citas de atención médica/odontológicas cubiertas, las citas de mujeres, bebés y niños (WIC) y las citas de redeterminación con el asistente social del Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia de Ohio (ODJFS, Ohio Dept of Job and Family Services). Los afiliados pueden llamar a Servicios para afiliados directamente con 48 horas (dos días hábiles) de anticipación al 1-866-246-4358 para programar el transporte. Si se necesita transporte para una cita con el médico de urgencia, coordinaremos para recogerlo directamente, sin esperar 48 horas (si se verifica con su médico).

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

- Consultas odontológicas.
- Citas de atención prenatal.
- Consultas en el consultorio de atención primaria.
- Inmunizaciones en la niñez.
- Citas con especialistas.
- Centros de atención de urgencia.
- Citas de mujeres, bebés y niños (WIC).
- Consultas de redeterminación (en persona) con asistentes sociales o con el Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia del condado (CDJFS).

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

Beneficios oftalmológicos

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

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

Beneficios odontológicos

Buckeye ofrece estas ventajas para su atención odontológica:

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

Atención de relevo

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

Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas

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

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

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

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

Programa para el asma

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

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

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

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

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

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

Member Connections

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

Estarán encantados de hablar con usted sobre lo siguiente:

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

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

TEXT4BABY

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

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

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

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

Recordatorios de atención médica

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

Boletines informativos para afiliados

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

Administración de la atención

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

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

Salud mental y conductual

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

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

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

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

Además:

- El personal de Buckeye, incluidos enfermeros, administradores de la atención y trabajadores sociales, puede ponerse en contacto con el afiliado si el médico ha solicitado una llamada telefónica, si el afiliado solicita la llamada telefónica o si Buckeye considera que los servicios de administración de la atención serían útiles para el afiliado.
- Es posible que el personal de Buckeye le haga preguntas al afiliado para obtener más información sobre sus afecciones.
- El personal de Buckeye le proporcionará información al afiliado para ayudarlo a comprender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios (incluidos los recursos locales).
- El personal de Buckeye hablará con el PCP del afiliado y con otros proveedores de servicios para coordinar la atención.
- Los afiliados deben llamar al departamento de Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si tienen preguntas sobre los servicios de administración de la atención o si consideran que se beneficiarían de estos servicios.

Servicios que no cubren ni Buckeye ni Medicaid de Ohio

Buckeye no pagará los servicios o suministros recibidos sin seguir las instrucciones de este manual. Buckeye no pagará los siguientes servicios que no están cubiertos por Medicaid:

- Abortos, salvo en el caso de violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar o ayudar a causar la muerte de una persona.
- Productos de confort en el hospital (por ejemplo, televisión o teléfono).
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos no cubiertos por Medicaid y que no cumplan con los estándares de práctica habituales.
- Servicios para la infertilidad para hombres o mujeres, incluidos procedimientos para revertir la esterilización voluntaria.
- Tratamiento para pacientes internados en un hospital para que dejen de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes internados en un hospital general están cubiertos).
- Prueba de paternidad.
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria.
- Servicios para el tratamiento de la obesidad, a menos que se determine que son médicamente necesarios.
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia).
- Asesoramiento matrimonial o sexual.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o es legalmente incapaz de consentir con tal procedimiento.
- Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Buckeye. Si tiene una pregunta acerca de la cobertura de un servicio, llame al departamento de Servicios para afiliados al 1-866-246-4358 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

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

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

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

CAMBIO DE PCP

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

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

Para conocer los nombres de los PCP de Buckeye, puede consultar su directorio de proveedores en nuestro sitio web en www.buckeyehealthplan.com o puede llamar al departamento de Servicios para afiliados de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para obtener ayuda.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Atención fuera del área, fuera del horario de atención y de emergencia

Atención fuera del área y fuera del horario de atención

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

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

SERVICIOS DE EMERGENCIA

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTOS CON RECETA

Si bien Buckeye cubre todos los medicamentos médicamente necesarios cubiertos por Medicaid, usamos una lista de medicamentos preferidos (PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor recete. También es posible que solicitemos que su proveedor nos envíe información (una solicitud de autorización previa) para explicar por qué se requiere un medicamento específico o cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que obtenga el medicamento. Los motivos por los que podemos autorizar un medicamento previamente incluyen los siguientes:

- Existe un medicamento genérico o una alternativa de la farmacia disponible.
- Existe la posibilidad de abuso/uso incorrecto del medicamento.
- Existen otros medicamentos que deben probarse primero y que tienen menos riesgos.

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad y algunos medicamentos nunca tienen cobertura, tales como medicamentos para la pérdida de peso.

Si no aprobamos una solicitud de autorización previa para un medicamento, le enviaremos información sobre cómo puede apelar nuestra decisión y su derecho a una audiencia del estado.

Puede llamar a Servicios para afiliados para solicitar información sobre nuestra PDL y medicamentos que requieran autorización previa. Además, puede consultar nuestro sitio web en BuckeyeHealthPlan.com. Tenga en cuenta que nuestra PDL y nuestra lista de medicamentos que requieren autorización previa puede cambiar. Por lo tanto, es importante que usted o su proveedor verifiquen esta información cuando necesite surtir o resurtir un medicamento.

Si no puede ubicar una farmacia calificada de Buckeye cerca de su casa, hay otras opciones para obtener sus medicamentos. Buckeye trabaja con una red de farmacias que también tienen servicio de envío a domicilio disponible. Ofrecemos un suministro para tres meses de medicamentos de mantenimiento (medicamentos que sirven para tratar afecciones médicas o enfermedades de largo plazo) enviado por correo. Para obtener una lista completa de medicamentos cubiertos para este servicio y para conocer más sobre medicamentos cubiertos y aquellos que requieren autorización previa, visite BuckeyeHealthPlan.com.

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

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

RECLAMOS Y APELACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reclamos

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

- 2 días hábiles para reclamos por no poder recibir atención médica.
- 30 días calendario para todo otro reclamo, excepto reclamos por recibir una factura por atención que recibió.
- 60 días calendario para reclamos por recibir una factura por atención que recibió.

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

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

Departamento de Seguros de Ohio

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

Audiencias del estado

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

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

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

Si quiere una audiencia del estado, usted o su representante autorizado debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días calendario. El período de 120 días calendario comienza el día después de la fecha de envío en el formulario de audiencias. Si su apelación fue por una decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que se aprobaron, la carta le indicará cómo puede continuar recibiendo los servicios si lo elige y cuándo es posible que deba pagar por estos. Si proponemos inscribirlo en el Coordinated Services Program y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío en el formulario, no lo inscribiremos en el programa hasta tener la decisión de la audiencia.

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

Para solicitar una audiencia, puede firmar y enviar el formulario de audiencias del estado a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario, llamar a la Oficina de audiencias del estado al 1-866-635-3748 o

enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Una audiencia del estado es una reunión con usted, alguien del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado, alguien de Buckeye y un funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Buckeye le explicará por qué tomamos nuestra decisión y usted indicará por qué piensa que tomamos la decisión equivocada. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene razón según la información dada y si seguimos las reglas. Si desea obtener información sobre los servicios legales gratuitos, pero no conoce el número de la oficina local de asistencia legal, puede llamar al número gratuito de la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio (Ohio State Legal Services Association) al 1-800-589-5888, para obtener el número local.

Formulario para reclamos o apelaciones

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

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

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

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

Nombre del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Número de teléfono del afiliado: _____

Número de MMIS del afiliado: _____

Tutor legal/Padre que tiene la custodia: _____

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

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿A quién? _____

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

Buckeye completará la sección de abajo. Resolución:

Representante: _____ Fecha: _____

CANCELACIÓN DE LA MEMBRESÍA

Cancelación de la membresía

Pérdida de elegibilidad para Medicaid

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

Aviso de pérdida del seguro (certificado de cobertura acreditable)

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

Renovación automática de la membresía en el MCP

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta comienza de nuevo dentro de los 60 días, automáticamente volverá a ser afiliado de Buckeye.

Cancelación de su membresía en el MCP

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

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

Si desea cancelar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta de su área, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680, TTY 1-800-292-3572. También puede presentar una solicitud en línea en el sitio web de la línea directa de Medicaid en 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 siguiente. Si llama después de ese período, su membresía no finalizará hasta el primer día del otro próximo mes. Si elige otro plan de atención administrada, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de la membresía.

Cancelaciones de la membresía por una causa justa

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

1. Se mudó y su MCP actual no se encuentra disponible donde vive ahora y debe recibir atención médica que no es de emergencia en su nueva área antes de que finalice su membresía en el MCP.
2. El MCP no cubre un servicio médico que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que necesita se deben recibir al mismo tiempo y no todos los servicios están disponibles en el equipo de su MCP.

4. Le preocupa no estar recibiendo atención de calidad y los servicios que necesita no se encuentran disponibles de otro proveedor en el equipo de su MCP.
5. No tiene acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid o no tiene acceso a proveedores que tienen experiencia en el manejo de sus necesidades de atención médica especiales.
6. El PCP que eligió ya no se encuentra en el equipo de su MCP y era el único PCP en el equipo de su MCP que hablaba su idioma y se encontraba a una distancia razonable de usted; u otro plan tiene un PCP en su equipo que habla su idioma y se encuentra a una distancia razonable de usted y este lo aceptará como paciente.
7. Otras: si piensa que seguir siendo afiliado en su plan de atención administrada actual le es perjudicial y no es para su beneficio.

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

Puntos que debe tener en cuenta si cambia su membresía

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

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

Membresía opcional

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

- Es miembro de una tribu india reconocida por el gobierno federal, independientemente de su edad.
- Es una persona que recibe servicios de exención de vivienda y comunitarios a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio (Department of Developmental Disabilities).

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

Excluidos de la membresía en un MCP

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

- Personas con doble elegibilidad según los programas Medicaid y Medicare.

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

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

¿Puede Buckeye cancelar mi membresía?

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

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

DERECHOS COMO AFILIADO

Sus derechos como afiliado

Como afiliado de Buckeye, usted tiene los siguientes derechos:

- A recibir todos los servicios que Buckeye debe proporcionar.
- A ser tratado con respeto e interés por su dignidad y privacidad.
- A estar seguro de la información de sus registros médicos se mantendrá confidencial.
- A recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar a disposición de alguien a quien usted haya autorizado legalmente a tener dicha información o que usted haya indicado que deba ser contactado en caso de emergencia, cuando proporcionarle la información a usted no sea lo más recomendable para su salud.
- A poder formar parte de la toma de decisiones sobre su atención médica, a menos que no sea para su mejor interés.
- A recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica, que pueda brindarse de manera que usted pueda comprender.
- A estar seguro de que otras personas no puedan escucharlo o verlo cuando reciba atención médica.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de fuerza, disciplina, facilidad, o venganza, según se especifica en las reglamentaciones federales.
- A solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y a poder solicitar cambios o correcciones a los registros, en caso de necesario.
- A poder aprobar o no la divulgación de información sobre usted, a menos que Buckeye deba hacerlo por ley.
- A poder rechazar un tratamiento o terapia. Si lo rechaza, el médico o Buckeye debe hablar con usted sobre lo que podría pasar y debe colocar una nota en su registro médico sobre esto.
- A poder presentar una apelación, un reclamo (queja) o a solicitar una audiencia del estado. Consulte las páginas 23 a 26 de este manual para obtener información.
- A poder recibir de Buckeye toda información del afiliado de Buckeye por escrito:
 - sin costo alguno para usted;
 - en los idiomas predominantes de los afiliados que no sean inglés en el área de servicio de Buckeye, y
 - de otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los afiliados que, por cualquier motivo, puedan tener problemas para leer la información.
- A poder recibir ayuda gratis de Buckeye y sus proveedores si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- A poder recibir ayuda mediante lenguaje de señas si tiene problemas auditivos.
- A que se le informe si el proveedor de atención médica es un estudiante y a poder rechazar su atención.
- A que se le informe sobre cualquier atención experimental y a poder negarse a participar.
- A preparar instrucciones anticipadas (testamento en vida). Consulte el folleto en su paquete de afiliado nuevo que explica sobre las instrucciones anticipadas. También puede ponerse en contacto con Servicios para afiliados para obtener más información.
- A presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio porque no se siguieron sus instrucciones anticipadas.
- A cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) por otro PCP en el equipo de Buckeye, al menos de forma mensual. Buckeye debe enviarle un documento por escrito que indique quién es el nuevo PCP para la fecha del cambio.
- A ser libre de ejercer sus derechos y saber que Buckeye, los proveedores de Buckeye o el Departamento de Medicaid de Ohio no usarán esto en su contra.
- A saber que Buckeye debe cumplir con todas las leyes estatales y federales y otras leyes de privacidad que se apliquen.
- A elegir el proveedor que le proporcione atención siempre que sea posible y adecuado.
- Si es mujer, a poder consultar con un proveedor de salud de la mujer del equipo de Buckeye para recibir servicios de salud de la mujer cubiertos.

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

Office for Civil Rights

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

Bureau of Civil Rights

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

RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO

Sus responsabilidades como afiliado

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

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

Eso incluye la responsabilidad de realizar lo siguiente:

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

OTRA INFORMACIÓN

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

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

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

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

www.medicaid.ohio.gov

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

Enfermedad o lesión accidental (subrogación)

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

Otro seguro de salud (coordinación de beneficios, COB)

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

AVISO DE PRIVACIDAD

Buckeye Health Plan

Aviso de prácticas de privacidad

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

REVÍSELO CON ATENCIÓN.

En vigencia a partir del 1 de enero de 2013

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

For help to translate or understand this, please call 1-866-246-4358. (TTY 1-800-750-0750).

Se ofrecen servicios de interpretación gratis.

Obligaciones de las entidades cubiertas:

Buckeye Health Plan es una entidad cubierta, tal como se define y regula según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Se requiere por ley que Buckeye Health Plan mantenga la privacidad de la información sobre su salud protegida (protected health information, PHI). Tenemos la obligación de entregarle este Aviso. Incluye nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI. Debemos observar los términos del actual aviso. Debemos informarle si hay una violación de su PHI no asegurada.

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

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

- Los usos y las divulgaciones.
- Sus derechos.
- Nuestras obligaciones legales.
- Otras prácticas de privacidad declaradas en el aviso.

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

Usos y divulgaciones de su PHI:

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

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

Estas actividades pueden incluir:

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

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

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

- un tribunal administrativo;
- una citación;
- una convocatoria;
- una orden;
- una solicitud de descubrimiento;
- una solicitud judicial similar.
- el cumplimiento de la ley Podemos divulgar su PHI relevante a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley cuando sea necesario hacerlo.

Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:

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

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

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de una muerte. Asimismo, podemos divulgar su PHI a los directores de funerarias para que lleven a cabo sus tareas, según sea necesario.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos.

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

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

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

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

Acuerdo verbal sobre los usos y las divulgaciones de su PHI

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

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

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

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

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

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

Sus derechos

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

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para actividades de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar divulgaciones para personas implicadas en su atención o en el pago por su atención. Esto incluye a familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide. También debe indicar a quién se aplica la restricción. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción. No la cumpliremos si la información se necesita para brindarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de su PHI para las actividades de pago o de atención médica de un plan de salud cuando haya pagado la totalidad del servicio o artículo de su bolsillo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI de otras maneras o a otros lugares. Este derecho se aplica solamente si la información podría ponerlo en peligro si no se comunicara de otras maneras o a otros lugares. No tiene que explicar el motivo de su solicitud. Sin embargo, debe señalar que, si no se realiza el cambio, la información podría ponerlo en peligro. Debemos trabajar con su solicitud si es razonable e indica la otra manera o lugar donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder a una copia de su PHI y a recibirla.** Con excepciones limitadas, tiene el derecho de revisar u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto determinado de registros.

Puede pedir que le entreguemos copias en un formato que no sea en fotocopias. Usaremos el formato que usted pide, a menos que no sea práctico hacerlo. Debe solicitar el acceso a su PHI por escrito. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le informaremos si se pueden revisar las razones del rechazo. También le haremos saber cómo solicitar una revisión o si el rechazo no se puede revisar.

- **Derecho a modificar su PHI.** Tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su PHI si cree que la información no es correcta. Deberá solicitar esto por escrito. Debe explicar el motivo por el cual desea modificar la información. Podemos rechazar su solicitud por determinadas razones. Por ejemplo, si no fuimos nosotros los que generamos la información que usted quiere cambiar y el que la generó puede hacer el cambio. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su declaración a la PHI que pide que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para informarles a otras personas acerca del cambio. Esto incluye a las personas que usted indique. También haremos el esfuerzo por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones.** Tiene el derecho de obtener una lista de las veces dentro de los últimos 6 años en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de actividades de tratamiento, pago o atención médica, o las divulgaciones que usted haya autorizado y otras determinadas actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tarifas al momento de la solicitud.
- **Derecho a presentar una queja.** Puede presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos de privacidad o que hemos infringido nuestras prácticas de privacidad. También puede hacerlo por teléfono. Utilice la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS). Consulte la información de contacto del sitio web del HHS en www.hhs.gov/ocr. Si la solicita, le daremos la dirección para que presente una queja por escrito al HHS. **NO INICIAREMOS ACCIONES CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**
- **Derecho a recibir una copia de este Aviso.** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Utilice la información de contacto que figura al final de este Aviso. Si recibe este Aviso por medio de nuestro sitio web o por correo electrónico, puede pedir una copia en papel.

Información de Contacto

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

Buckeye Health Plan

Attn: Privacy Official
4349 Easton Way, Suite 400
Columbus, OH 43219

866-246-4358 (800-750-0750)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

“Cómo usar las instrucciones anticipadas para expresar sus deseos sobre su atención médica”

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

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

Usted tiene una opción

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son mis derechos?

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

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

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

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

¿Qué tipos de formularios existen?

Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o instrucciones anticipadas, que puede usar. Puede usar un testamento vital, una declaración para el tratamiento de salud mental, un poder de representación duradero para la atención médica o una orden de no reanimar (DNR).

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

¿Debo completar instrucciones anticipadas antes de recibir atención médica?

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

¿Quién puede completar instrucciones anticipadas?

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

¿Necesito un abogado?

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

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

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

Testamento vital

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

¿Cómo funciona un testamento vital?

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

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

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

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

Orden de no reanimar

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

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

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

Poder legal duradero

Un poder de representación duradero para la atención médica es diferente de otros tipos de poder de representación. Este folleto habla solo del poder de representación duradero para la atención médica, no sobre otros tipos de poder de representación.

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

¿A quién debo elegir?

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

¿Cuándo entra en vigencia mi poder de representación duradero para la atención médica?

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

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

- Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine.
- Si se prevé que morirá.

Declaración para la atención de salud mental

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

La declaración para la atención de salud mental sustituye el poder de representación duradero para la atención de salud mental, pero no sustituye el testamento vital.

Instrucciones anticipadas

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

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

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

Si tengo un poder de representación duradero para la atención médica, ¿necesito también un testamento vital?

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

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

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

¿Puedo cambiar mis instrucciones anticipadas?

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

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

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

Otros asuntos para pensar

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

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

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

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

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

¿Dónde obtengo los formularios de instrucciones anticipadas?

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

¿Qué debo hacer con los formularios después de completarlos?

Debe darles copias a su médico y al centro de atención médica para que las coloquen en sus registros médicos. Entregue una copia a un miembro de la familia o a un amigo en quien confíe. Si ha elegido a una persona en un poder de representación duradero para la atención médica, entréguele una copia.

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

Donación de órganos y tejidos

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

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

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

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-246-4358 (TTY: 711).

Spanish:

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

Chinese Mandarin:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-246-4358 (TTY: 711)。

German:

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

Arabic:

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

Pennsylvania Dutch:

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

Russian:

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

French:

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

Vietnamese:

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

Cushite:

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

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-866-246-4358 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Italian:

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

Japanese:

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-246-4358 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Dutch:

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-866-246-4358 (TTY: 711).

Ukrainian:

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

Romanian:

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

Somali:

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

Nepali:

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

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Buckeye Health Plan:

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

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

Si usted considera que Buckeye Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante la siguiente persona: Unidad de apelaciones de Buckeye Health Plan, 4339 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219, 1-866-246-4358 (TTY: 1-800-750-0750), Fax 1-866-719-5404. Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Buckeye Health Plan está a su disposición para ayudarle. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

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



4349 Easton Way, Suite 300
Columbus, OH 43219

Servicios para afiliados: 1-866-246-4358
TTY: 1-800-750-0750

BuckeyeHealthPlan.com