

# Buckeye Health Plan Manual para Miembros

Regiones del Oeste y Noreste



1-866-246-4358

TDD/TTY: 1-800-750-0750

[BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com)

## AVISO

Si tiene problemas para leer o entender esta información o cualquier otra información de Buckeye Health Plan (Buckeye), comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para obtener ayuda sin costo para usted. Nosotros podemos ayudar explicándole o proporcionándole esta información en forma oral, en inglés o en su lengua materna. Es posible que tengamos esta información impresa en algunos otros idiomas o en otros formatos. Si tiene problemas de la vista o de la audición, puede proporcionársele ayuda especial.

También puede acceder a la información de Buckeye en nuestro sitio de Internet en [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com). Todos los miembros pueden comunicarse con Buckeye a través del uso del sitio de Internet. Cada pregunta recibirá su respuesta dentro de un día laborable después de recibir el mensaje a través de nuestro sitio de Internet. Eso incluye, pero sin limitarse a, solicitudes de información para los miembros tal como tarjetas de identificación (ID), manuales para los miembros, y el directorio de proveedores.

Otros servicios ofrecidos en el sitio de Internet incluyen:

- Noticias y eventos
- Búsqueda de proveedores para médicos, especialistas e instituciones
- Información del programa

Este Manual para Miembros entra en vigencia en **Diciembre de 2014**.

# Manual para Miembros

## Números telefónicos importantes

**Emergencia:** 911 o número de emergencia local

**Servicios para los Miembros de Buckeye:** 1-866-246-4358

**NurseWise®:** 1-866-246-4358, opción 7

**Servicio de retransmisión de Ohio (Ohio Relay Service):** Solamente TTY: 1-800-750-0750

El horario del departamento de Servicios para los Miembros es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., excluyendo los días festivos. Buckeye está cerrado en:

- Día de año nuevo
- Día de los caídos (Memorial Day)
- Día del trabajo (Labor Day)
- Navidad
- Natalicio de Martin Luther King Jr.
- Día de la independencia
- Día de Acción de Gracias

Buckeye también cerrará dos días más durante el año. Nosotros informaremos a nuestros miembros sobre estos cierres de la oficina por lo menos con 30 días de anticipación.

Si el día festivo cae en sábado se festeja el viernes anterior. Si cae en domingo se festeja el lunes siguiente.

**Línea telefónica directa del cliente en Ohio:** 1-800-324-8680

**TTY:** 1-800-292-3572

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

Núm. telefónico del PCP: \_\_\_\_\_

Núm. telefónico del PCP después de las horas hábiles: \_\_\_\_\_

Nombre del PCP de su hijo(a): \_\_\_\_\_

Núm. telefónico del PCP de su hijo(a): \_\_\_\_\_

Núm. telefónico del PCP de su hijo(a) después de las horas hábiles: \_\_\_\_\_

Su Farmacia: \_\_\_\_\_

Núm. telefónico de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Su Dentista: \_\_\_\_\_

Núm. telefónico del Dentista: \_\_\_\_\_

# Manual para Miembros

## Índice

<b>SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS QUE ENCONTRARÁ EN ESTE MANUAL</b> .....	4
<b>BIENVENIDA</b> .....	5
<b>SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO</b> .....	6
<b>INFORMACIÓN PARA MIEMBROS NUEVOS</b> .....	7
<b>SERVICIOS Y BENEFICIOS</b> .....	8
Servicios cubiertos .....	8
Healthchek .....	9
Servicios para la salud mental y el abuso de sustancias .....	13
<b>Servicios y beneficios adicionales disponibles</b> .....	14
Start Smart for Your Baby® .....	14
Programa de incentivo – Be Well! .....	15
Su tarjeta CentAccount .....	15
Transporte .....	15
Servicios de la vista .....	16
Servicios dentales .....	17
Servicios de relevo (descanso).....	17
NurseWise® .....	17
Programa para control del asma.....	18
MemberConnections™ .....	19
Recordatorios sobre la atención médica.....	19
Boletín informativo para los miembros.....	19
Administración de la atención médica .....	20
Servicios No cubiertos por Buckeye .....	21
<b>SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)</b> .....	23
Cómo escoger y cambiar su PCP .....	23
<b>ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL ÁREA, DESPUÉS DE HORAS DE OFICINA Y DE EMERGENCIA</b> .....	24
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b> .....	26
<b>RECLAMOS (QUEJAS)</b> .....	27
Apelaciones.....	28
Audiencias estatales .....	28
Formulario para Reclamos/Apelaciones .....	30
<b>TERMINACIÓN DE LA MEMBRESÍA</b> .....	31
Pérdida de elegibilidad con Medicaid.....	31
Aviso de pérdida de seguro (Certificado de cobertura acreditable) .....	31
Renovación automática de la membresía en un MCP .....	31
Finalización de su membresía en un MCP .....	31
Cómo escoger un nuevo plan .....	32
Terminación de la membresía por causa justa.....	32
Lo que debe recordar si termina su membresía .....	33
Terminación opcional de la membresía .....	34
¿Puede Buckeye dar por terminada mi membresía? .....	34
<b>DERECHOS DE SU MEMBRESÍA</b> .....	35
<b>RESPONSABILIDADES DE SU MEMBRESÍA</b> .....	37
<b>OTRA INFORMACIÓN</b> .....	38
Enfermedad o lesión accidental (Subrogación) .....	39
Otro seguro de salud (Coordinación de beneficios – COB).....	39
<b>AVISO DE PRIVACIDAD</b> .....	40
<b>DIRECTIVA ANTICIPADA</b> .....	47

# Manual para Miembros

## Bienvenida



### SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS QUE ENCONTRARÁ EN ESTE MANUAL

<u>Beneficios:</u>	Servicios de atención médica que están cubiertos por Buckeye Health Plan.
<u>Emergencia:</u>	Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted considera grave y que debe ser tratado inmediatamente por un médico.
<u>Reclamo:</u>	Una queja sobre Buckeye o uno de nuestros proveedores.
<u>Healthchek:</u>	Un programa completo de servicios de atención médica preventivos disponible para los clientes de Medicaid que comprende desde la fecha del nacimiento hasta el día antes de cumplir 21 años de edad. El programa está diseñado para mantener la salud proporcionando intervención temprana para descubrir y tratar los problemas de salud.
<u>Tarjeta de identificación (ID):</u>	Una tarjeta para cada miembro de Buckeye que necesita mostrar en el consultorio de su médico antes de recibir atención médica.
<u>MHA:</u>	Departamento de servicios para la salud mental y adicción de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services).
<u>Proveedor participante:</u>	Un médico, hospital, u otro proveedor de atención médica autorizado que tiene un contrato firmado con Buckeye para prestar atención médica a nuestros miembros.
<u>Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):</u>	Su proveedor de atención médica (que debe participar con Buckeye). Su PCP es un médico personal, consultorio de grupo médico, enfermero practicante especializado, o consultorio de grupo de enfermeros practicantes especializados capacitados en medicina familiar (medicina general), medicina interna, o pediatría.
<u>Autorización previa:</u>	El trámite para obtener aprobación previa de Buckeye cuando sea apropiado para recibir un servicio o medicamento. La autorización previa no garantiza la cobertura. Su médico presentará una solicitud de autorización previa ante Buckeye para obtener ciertos servicios aprobados por ellos para ser cubiertos. Si Buckeye no aprueba la solicitud, le notificaremos a usted y le daremos información sobre el proceso de reclamo y apelación ante Buckeye, y sobre su derecho a una Audiencia estatal. Además, los servicios para pacientes hospitalizados podrían recibir revisión concurrente para controlar la evolución y la necesidad médica de la atención hospitalaria.
<u>Referencia:</u>	El trámite de solicitud o recomendación de servicios de su PCP para usted antes de que los reciba. Su PCP llamará y coordinará esos servicios para usted; le entregará la aprobación por escrito para que la entregue cuando obtenga los servicios recomendados; o sólo le dirá qué hacer. En algunos casos, Buckeye podría autorizar al especialista para que lo reciba con su referencia.
<u>Especialista:</u>	El médico que proporciona servicios para un tipo particular de servicios médicos tales como un podiatra (médico especialista en enfermedades de los pies), o un cardiólogo (médico especialista en enfermedades del corazón).

# Manual para Miembros

## Bienvenida

### BIENVENIDO(A) A BUCKEYE HEALTH PLAN

---

Bienvenido(a) a Buckeye Health Plan (Buckeye), una filial de Centene Corporation. Usted es ahora miembro de un plan de atención médica, conocido también como Plan de atención médica administrada (MCP, por sus siglas en inglés). Buckeye Health Plan proporciona servicios de atención médica a los residentes de Ohio elegibles por edad, ceguera o discapacidad, las familias y los niños cubiertos (inclusive de los programas Healthy Start y Healthy Families), y los consumidores de la extensión para adultos de Medicaid de Ohio que reciben sus servicios de atención médica a través de los MCP.

Buckeye no puede discriminar basándose en la raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, estado de excombatiente, abolengo, estado de salud, o necesidad de servicios médicos al brindar servicios médicos.

Es importante recordar que debe recibir los servicios cubiertos por Buckeye de instituciones y/o proveedores del panel de Buckeye. Consulte las páginas 8-21 para obtener información sobre los servicios cubiertos por Buckeye. El único momento en que puede usar los servicios de proveedores que no se encuentran en el panel de Buckeye es para:

- Servicios de emergencia
- Centros de salud /clínicas de atención médica rurales calificados a nivel federal
- Enfermeras parteras certificadas o enfermeras practicantes certificadas
- Proveedores de planificación familiar calificados
- Centros de salud mental comunitarios y centros de tratamiento certificados por el Departamento de servicios para la salud mental y adicción de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services) (MHAS), o
- Centros de tratamiento certificados por el Departamento de servicios para la salud mental y adicción de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services).
- Un proveedor fuera del panel que Buckeye haya aprobado para que usted consulte

Si llamó a la línea directa de Medicaid para seleccionar un plan de Atención médica administrada (MCP), se le preguntó si deseaba que la información sobre el panel de proveedores fuera entregada a usted como un directorio de proveedores impreso o a través de internet. Si solicitó un directorio impreso, debería haber recibido un Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores lista todos los proveedores de nuestro panel, así como otros proveedores fuera del panel que usted puede consultar para recibir servicios. Si no llamó a la Línea directa de Medicaid y se le asignó a nuestro plan, usted puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores llamando al departamento de servicios para miembros, o devolviendo la tarjeta postal que recibió junto con su tarjeta de identificación de miembro. Si desea usar internet, visite nuestro sitio web en [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com) para ver la información del panel de proveedores actualizada.

# Manual para Miembros

## Tarjetas de identificación (ID)

### TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID)

Usted debería haber recibido una tarjeta de identificación (ID) de miembro de Buckeye. Cada miembro de su familia inscrito en Buckeye recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta mensual de Medicaid. Cada tarjeta es válida durante el tiempo que la persona sea miembro de Buckeye. Usted no recibirá una nueva tarjeta cada mes como la que recibía con Medicaid.

**Si está embarazada, será necesario que informe a Buckeye y también que llame cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una nueva tarjeta de identificación (ID) para su bebé.**



(Frente de la tarjeta de identificación)



(Revés de la tarjeta de identificación)

### MANTENGA SIEMPRE CONSIGO SU(S) TARJETA(S) DE IDENTIFICACIÓN (ID)

Será necesario que muestre su tarjeta de ID cada vez que reciba servicios de atención médica. Eso significa que necesita mostrar su tarjeta de ID de Buckeye cuando:

- Vea a su proveedor de atención primaria (PCP).
- Vaya a un especialista u otros proveedores.
- Vaya a una sala de emergencia.
- Vaya a una instalación de atención médica de urgencia.
- Vaya a un hospital por cualquier razón.
- Obtenga materiales médicos.
- Surta una receta.
- Se le practiquen pruebas médicas.

Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye tan pronto como sea posible marcando el **1-866-246-4358** (TTY 1-800-750-0750) si:

- No ha recibido aún su(s) tarjeta(s).
- Alguna información en la(s) tarjeta(s) está errónea.
- Pierde su(s) tarjeta(s).
- Tiene un bebé.

## Información para los Miembros

### INFORMACIÓN PARA MIEMBROS NUEVOS

**Si estuvo inscrito en el plan de pago por servicio de Medicaid el mes anterior a su inscripción como miembro de Buckeye y ya tiene aprobados y/o programados servicios de atención médica, es importante que llame inmediatamente (ahora o tan pronto como le sea posible) al Departamento de Servicios para los Miembros.** En ciertas situaciones, durante poco tiempo después de su inscripción, podríamos autorizarle que reciba atención médica de un proveedor que no pertenece al panel de proveedores de Buckeye. Además, podríamos autorizarle que continúe recibiendo servicios que fueron autorizados por el plan de pago por servicios de Medicaid. **Sin embargo, debe llamar a Buckeye antes de recibir los servicios médicos.** Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención médica y/o es posible que el reclamo no se pague. Por ejemplo, es necesario que llame al Departamento de Servicios para los Miembros si ya tiene aprobados y/o programados los siguientes servicios:

- Trasplante de órgano, médula ósea, células madre hematopoyéticas
- Atención prenatal del tercer trimestre (embarazo), inclusive el parto
- Intervención quirúrgica como paciente hospitalizado/ambulatorio
- Cita con un proveedor de atención primaria o especialista
- Cita con un proveedor de atención primaria
- Quimioterapia o radioterapia
- Tratamiento después del alta hospitalaria en los últimos 30 días
- Servicios dentales o de la vista que no son de rutina (por ejemplo, uso de aparatos de ortodoncia o quirúrgicos)
- Equipo médico
- Servicios que recibe en casa, inclusive atención médica en el hogar, tratamientos y cuidados de enfermería

Después de su inscripción, su MCP le informará si alguno de sus medicamentos actuales requiere autorización previa que no requería autorización cuando eran pagados por el plan de pago por servicio de Medicaid. Es muy importante que revise la información proporcionada por el MCP y se comunique con el Departamento de servicios para los miembros del MCP si tiene alguna pregunta. También puede buscar en el sitio de Internet de su MCP para averiguar si sus medicamentos requieren autorización previa. Es posible que necesite seguimiento con el consultorio de la persona que receta para presentar una solicitud de autorización previa ante su MCP si es necesario. Si sus medicamentos requieren autorización previa, no puede obtener sus medicamentos hasta que su proveedor presente una solicitud ante su MCP y sea aprobada.



# Manual para Miembros

## Servicios y Beneficios



### SERVICIOS CUBIERTOS POR BUCKEYE

Como miembro de Buckeye Health Plan usted continuará recibiendo todos los servicios cubiertos por Medicaid necesarios desde el punto de vista médico sin ningún costo para usted. Sin embargo, la forma de recibir los servicios podría ser diferente a la forma en que recibió los servicios en el pasado. Es importante que lea la siguiente información que explica cómo recibir servicios como miembro de Buckeye. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye.

#### **Buckeye cubre todos los servicios cubiertos de Medicaid necesarios desde el punto de vista médico.**

- Transporte en ambulancia y en vehículos equipados para transportar personas convalecientes o discapacitadas
- Servicios de enfermera partera certificada
- Servicios de enfermera practicante certificada
- Servicios quiroprácticos (espalda)
- Servicios dentales (**incluye dos exámenes orales y limpiezas dentales periódicos en niños y adultos por año, más de lo que está disponible con el plan de pago por servicios de Medicaid**)
- Servicios de tratamiento del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los seis años de edad
- Servicios de diagnóstico (radiografías, laboratorio)
- Equipo médico duradero
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar y suministros
- Servicios de Centros de salud o clínicas de salud rurales calificados a nivel federal
- Servicios en centros de natalidad independientes en un centro de natalidad independiente (llame al departamento de servicios para los miembros para conocer los centros calificados)
- Servicios de atención médica en el hogar
- Cuidados paliativos (cuidados para las personas con enfermedad terminal, por ejemplo, pacientes con cáncer)
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Suministros médicos
- Servicios para la salud mental y el abuso de sustancias
- Servicios en instalaciones de enfermería para estadia de rehabilitación a corto plazo (llame al Departamento de servicios para los miembros para conocer qué proveedores están disponibles; el ODM podría determinar volver al plan de pago por servicio de Medicaid)
- Servicios obstétricos (atención de maternidad - prenatal y posparto inclusive servicios para embarazos con riesgo) y ginecológicos
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Examen físico requerido para obtener empleo o para participar en programas de capacitación de trabajo si el examen no se proporciona sin costo por otro recurso
- Servicios de podiatría (pie)
- Medicamentos con receta, inclusive ciertos medicamentos de venta libre recetados
- Exámenes de mamografía (seno) y de cáncer cervical (frotis de papanicolaou) preventivos
- Servicios de un proveedor de atención primaria
- Diálisis renal (por enfermedad renal)
- Servicios de cuidado de relevo (para Ingreso del seguro suplementario – miembros de SSI menores de 21 años de edad)
- Identificación sistemática y asesoramiento para obesidad
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Vacunas
- Servicios de especialistas
- Servicios de terapia del habla y de audición, inclusive audífonos
- Servicios de la vista (óptica), inclusive selección amplia de anteojos y lentes de contacto (**más de lo que está disponible con el plan de pago por servicios de Medicaid**)
- Exámenes del niño sano (Healthchek) para niños menores de 21 años de edad
- Exámenes anuales para el bienestar del adulto

## Servicios y Beneficios

Si debe viajar 30 millas o más desde su casa para recibir servicios de atención médica cubiertos, Buckeye proporcionará transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor. Comuníquese al 1-866-531-0615 al menos 48 horas (dos días laborables) con antelación para obtener ayuda. Además de la ayuda con el transporte que Buckeye proporciona, los miembros aún pueden recibir ayuda con el transporte para ciertos servicios a través del Programa de transporte que no es de emergencia (NET) del Departamento de trabajo y servicios familiares del condado local. Llame al Departamento de trabajo y servicios familiares de su condado para hacer preguntas o recibir ayuda con los servicios de transporte que no es de emergencia (NET).

### **Buckeye cubre todos los servicios cubiertos de Medicaid necesarios desde el punto de vista médico, que incluyen los siguientes.**

- Servicios de proveedor de atención primaria. *Usted debe consultar con el PCP listado en su tarjeta de identificación para los servicios de atención primaria, inclusive:*

- 1) Exámenes anuales para el bienestar del adulto.
- 2) Vacunas
- 3) Examen físico requerido para obtener empleo o para participar en programas de capacitación de trabajo si el examen no se proporciona sin costo por otro recurso.
- 4) HEALTHCHEK

Healthchek es el beneficio del estado de Ohio para la detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés). Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas, educación en salud, y análisis de laboratorio para las personas elegibles para recibir Medicaid menores de 21 años de edad. Estos exámenes son importantes para asegurar que los niños estén sanos y se desarrollen física y mentalmente. Las madres deberán someterse a exámenes prenatales y los niños deberán ser examinados al nacer, a los 3-5 días de edad, y 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deberán tener un examen por lo menos una vez al año.

Healthchek también cubre exámenes médicos completos de la vista, dentales, auditivos, nutricionales, del desarrollo y para la salud mental, además de otra atención para tratar problemas físicos, mentales, u otros problemas o afecciones encontradas al realizar un examen. Healthchek cubre los análisis y servicios de tratamiento que podrían no estar cubiertos para personas mayores de 20 años de edad; es posible que algunos de los análisis y servicios de tratamiento requieran autorización previa.

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

- Exámenes médicos preventivos de rutina para recién nacidos, bebés, niños pequeños, adolescentes, y adultos jóvenes menores de 21 años de edad.
- Detecciones sistemáticas de Healthchek:
  - Exámenes médicos completos (con revisión del desarrollo físico y de la salud mental)
  - Exámenes de la vista
  - Exámenes dentales
  - Exámenes de la audición
  - Exámenes de nutrición

## Servicios y Beneficios

- Exámenes del desarrollo
- Análisis de detección de plomo
- Análisis de laboratorio para ciertas edades
- Vacunas
- Atención de seguimiento necesaria desde el punto de vista médico para tratar problemas físicos, mentales, u otros problemas o afecciones encontradas durante una detección sistemática. Esto podría incluir, pero sin limitarse a servicios tales como:
  - visitas con un proveedor de atención primaria, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de Buckeye para diagnosticar y tratar problemas o afecciones
  - atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o ambulatorios
  - visitas clínicas
  - medicamentos con receta
  - análisis de laboratorio
- Educación sobre la salud

Es muy importante someterse a exámenes médicos y detecciones preventivas para que sus proveedores puedan diagnosticar y tratar todo problema médico tempranamente, o referirlo con un especialista para recibir tratamiento, antes de que el problema sea más grave. Es posible que algunos servicios requieran una referencia de su PCP o autorización previa por Buckeye. También, para algunos asuntos o servicios EPSDT, su proveedor podría solicitar autorización previa para que Buckeye cubra cosas que tienen límite o no están cubiertas para miembros mayores de 20 años de edad. Consulte las páginas 11-12 para saber que servicios requieren referencia y/o autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de atención médica están disponibles para todos los miembros menores de 21 años de edad con necesidades de atención médica especiales. Consulte la página 20 para obtener más información sobre los servicios de administración de atención médica ofrecidos por Buckeye. Usted puede obtener los servicios de Healthchek llamando al consultorio de su PCP o dentista y programando una cita. Asegúrese de informarles que es para Healthchek. Si desea obtener más información sobre el programa Healthchek, o si necesita ayuda con el acceso a la atención médica para servicios cubiertos, para programar una cita con un proveedor, obtener transporte, o una autorización previa, comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).

## Servicios y Beneficios

**Servicios de autorreferencia** son aquellos a los que podría acceder sin autorización de su Proveedor de atención primaria o de Buckeye. Usted podría autorreferirse a un proveedor de **Buckeye** para recibir los siguientes servicios:

- Servicios de obstetricia (OB) y/o ginecológicos, entre ellos:
  - Atención de maternidad para servicios prenatales y de posparto, inclusive para embarazos con riesgo
  - Exámenes de mamografía (seno) y de cáncer cervical (frotis de papanicolau) preventivos
- Quiropráctico
- Podiatría (cuidado de los pies)
- Enfermera partera certificada
- Cuidado dental de rutina
- Servicios de la vista de rutina (óptica), inclusive anteojos
- Enfermera practicante certificada
- Centros para cuidado urgente
- Servicios de especialistas
- Radiografías regulares y análisis de laboratorio (los especialistas participantes también podrían enviarlo para análisis de diagnóstico)
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (algunos procedimientos quirúrgicos podrían requerir autorización previa)
- Servicios clínicos
- Educación sobre la salud
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Diálisis renal (por enfermedad renal)

**Usted podría autorreferirse a cualquier proveedor de Buckeye para recibir los siguientes servicios:**

- Servicios de emergencia, inclusive el transporte en ambulancia (consulte la página 24).
- Servicios de planificación familiar y suministros de un Proveedor de planificación familiar calificado (listado en el Directorio de Proveedores).
- Atención médica en un centro médico o clínica de salud rural calificados a nivel federal (listados en el Directorio de Proveedores).

## Servicios y Beneficios

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

- Imágenes por resonancia magnética (MRI)
- Angiografías de resonancia magnética (MRA)
- Cirugía bariátrica
- Control del dolor
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Tomografía axial computarizada (CAT)
- Ecografía nuclear cardíaca
- Servicios en instalaciones de enfermería para estadía de rehabilitación a corto plazo
- Atención médica en casa
- Cuidado paliativo (cuidados para personas con enfermedades terminales, por ejemplo pacientes con cáncer)
- Servicios hospitalarios para pacientes internados (las admisiones de emergencia no requieren referencia ni autorización previa)
- Suministros médicos (algunos suministros para personas diabéticas para el control de insulina y de la glucosa sanguínea no requieren autorización)
- Equipo médico duradero
- Servicios de terapia del habla y de la audición, inclusive audífonos
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Cuidado dental que no es de rutina (por ejemplo, cirugía)
- Servicios de la vista (óptica) que no son de rutina (por ejemplo, cirugía)
- Transporte en ambulancia para casos que no son emergencia y en vehículos equipados para transportar personas convalecientes o discapacitadas
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Servicios de tratamiento del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los seis años de edad
- Ultrasonidos en obstetricia (más de 2 por embarazo)
- Análisis genéticos (prenatales, detección de cáncer, análisis para niños con retraso del desarrollo)

## Servicios y Beneficios

### **SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS**

---

Si necesita servicios para la salud mental y/o abuso de sustancias químicas, llame al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para obtener asistencia de un representante del Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye.

O usted podría autorreferirse directamente a un Centro para la salud mental comunitario certificado por el Departamento de servicios para la salud mental y adicción (MHAS) (ODMH) de Ohio, o al centro para la salud mental comunitario certificado por el Departamento de servicios para la salud mental y adicción (MHAS) de Ohio, o a los centros de tratamiento certificados por el Departamento para el alcoholismo y la drogadicción de Ohio (ODADAS). Consulte su Directorio de Proveedores o llame al Departamento de Servicios para los Miembros para averiguar los nombres y números telefónicos de los centros ubicados cerca de usted.

Buckeye contrata proveedores para la salud mental que se listan en nuestro Directorio de Proveedores, y pueden encontrarse en nuestro sitio de Internet en [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com).

# Manual para Miembros

## Servicios y Beneficios



### SERVICIOS Y BENEFICIOS ADICIONALES DISPONIBLES PARA TODOS LOS MIEMBROS DE BUCKEYE

A menos que se indique lo contrario, para obtener los servicios listados abajo comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye marcando el **1-866-246-4358** (TTY 1-800-750-0750). El horario de atención de Servicios para los Miembros es de lunes a viernes de 7 a.m. hasta las 7 p.m. excepto **los días festivos listados en la página 2**. También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para obtener ayuda con los reclamos y las apelaciones; si recibe una factura por servicios de un proveedor; necesita ayuda para encontrar un proveedor o cambiar su proveedor de atención primaria; necesita ayuda con el idioma, o para acceder a los servicios cubiertos. Estamos aquí para responder todas sus preguntas y discutir toda inquietud que pueda tener. Buckeye ofrece los siguientes servicios y beneficios adicionales para los miembros.

#### ❖ ***Start Smart For Your Baby***<sup>®</sup>

Start Smart for Your Baby es nuestro programa especial para mujeres embarazadas. Este programa le ayudará a cuidar bien de sí misma y de su bebé antes de su nacimiento. Start Smart for Your Baby le proporciona información sobre el embarazo. También le ayuda a encontrar soluciones para cualquier problema que pueda surgir mientras está embarazada. Sabemos que dar a luz a un bebé puede ser difícil para usted y su familia. Deseamos ayudarles.

Cuidamos de su salud y la de su bebé, y deseamos estar seguros que ambos crezcan y permanezcan sanos. Es muy importante que comience a consultar con su médico tan pronto como sepa que está embarazada. También es importante que lleve a su bebé a consulta con el médico después de su nacimiento para que reciba las vacunas necesarias y se le realicen detecciones sistemáticas de salud.

**En este programa, las miembros pueden ganar hasta \$225 en una tarjeta Mastercard<sup>®</sup> prepagada CentAccount por acudir a las visitas de control prenatal, posparto, y del niño sano durante los primeros 15 meses de vida.** Durante el embarazo, también es importante que las miembros cumplan con las indicaciones médicas para tener un embarazo sin complicaciones. Para ser elegible, una mujer embarazada debe inscribirse presentando un formulario de Notificación de embarazo al menos 6 semanas previas a su fecha de parto.

- Embarazo - \$25 (para las visitas prenatales 3, 6 y 9 – se requiere formulario de Notificación de embarazo)
- Posparto - \$50 (la visita debe ser 21 – 56 días después del parto)
- Visita de niño sano - \$100 (debe completar 6 visitas en los primeros 15 meses de vida)

Nosotros tenemos muchas formas de ayudarle a que tenga un embarazo sin complicaciones. Pero antes de que podamos ayudarle, necesitamos saber que está embarazada. No dude en llamarnos al **1-866-246-4359** (TTY **1-800-750-0750**) tan pronto como sepa que está embarazada. Nosotros estableceremos el cuidado especial para usted y su bebé.

## Servicios y Beneficios

### ❖ **Programa de incentivo - Be Well!**

Los miembros de Buckeye Health Plan pueden participar en un programa especial sólo para miembros llamado “**Be Well!**” Este programa le ayudará a mantenerse sano. También le recompensa por mantenerse activo en su atención médica. En este programa, **usted puede ganar hasta \$185 más \$50 por cada menor adolescente que haya inscrito en una tarjeta CentAccount prepagada** por consultar con su médico para recibir estos servicios anuales de bienestar en cada año calendario que sea miembro de Buckeye.

- **Vacuna contra la gripe (durante la temporada de gripe, septiembre – abril para niños de 6 meses a 5 años y adultos de 50 años y mayores) - \$25**
- **Examen físico con su PCP (personas de 21 años y mayores – con su PCP asignado) - \$35**
- **Control de la diabetes (personas de 18 años y mayores – los 4 análisis de diabetes deben realizarse en el mismo año del calendario: LDL-C, HbA1c, de la vista y de función renal) - \$100**
- **Mamografía - \$25 (mujeres de 40 a 69 años de edad)**
- **Servicios rutinarios de bienestar en adolescentes (por cada niño de 12 a 21 años de edad por año) - \$50**

Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750). Nosotros le proporcionaremos más información sobre nuestros servicios y el programa “Be Well! para los miembros.

### ❖ **SU TARJETA CENTACCOUNT**

Su tarjeta CentAccount puede usarse en la mayoría de los supermercados, farmacias, tiendas de cadena/minoristas que aceptan tarjetas de débito. Esta tarjeta no puede usarse en tiendas que venden tabaco (tabaquerías), bebidas alcohólicas (vinaterías) y comida rápida.

Sírvase notar que la terminación de la membresía resultará en la cancelación de su tarjeta CentAccount. Si vuelve a inscribirse al plan después de 60 días, se le enviará una tarjeta nueva. Además, podría tomar de 4 a 6 semanas para que sus beneficios aparezcan en la tarjeta.

### ❖ **TRANSPORTE**

Buckeye proporciona cobertura para viaje de ida y vuelta para servicios cubiertos a más de 30 millas de distancia. **Además, Buckeye ofrece hasta 30 visitas con viaje de ida y vuelta (60 viajes de ida) para cada miembro por un período de 12 meses para citas de atención médica/dentales cubiertas, citas para el programa WIC, y citas de redeterminación con su trabajador social del Departamento de trabajo y servicios familiares del condado (CDJFS).** Los miembros pueden llamar directamente con 48 horas (dos días laborables) de anticipación al 1-866-531-0615 para programar el transporte. Si se necesita el transporte para una cita médica urgente, coordinaremos la recogida directa sin espera de 48 horas (si se verifica con su médico).



# Manual para Miembros

## Servicios y Beneficios

Usted puede obtener transporte—sin costo para usted—para todas las citas médicas inclusive:

- Visitas dentales
- Citas para atención prenatal
- Visitas al consultorio del médico de atención primaria
- Vacunas infantiles
- Citas con especialistas
- Centros de atención médica urgente
- Citas para el programa WIC
- Visitas de redeterminación (cara a cara) con el trabajador social/CDJFS

Buckeye no proporciona transporte para servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda inmediatamente a la sala de emergencia más cercana. Si no está seguro si es necesario ir a la sala de emergencia, llame a su PCP o a NurseWise, línea de información médica de 24 horas de Buckeye marcando el **1-866-246-4358, opción 7** (TTY al 1-800-750-0750). Si para las citas de atención médica/dentales se necesitan más de 15 viajes de ida y vuelta (30 de ida) por miembro para un período de 12 meses, puede comunicarse con CDJFS para obtener ayuda.

### ❖ **SERVICIOS DE LA VISTA**

Para ayudarle a mantener sana su vista, Buckeye proporciona exámenes de la vista cada año para niños y adultos. Se proporcionan anualmente anteojos (gafas) para niños menores de 21 años de edad y adultos de 60 años de edad o mayores, y cada dos años para adultos de 21 hasta 59 años de edad. Ofrecemos una selección amplia de monturas de donde escoger, una selección más amplia que la que está disponible con el programa de pago por servicio de Medicaid. Revise el directorio de proveedores para obtener una lista de médicos que tienen contrato con Buckeye.

Lentes de contacto: Buckeye proporcionará \$50 en relación con la compra de lentes de contacto, por miembro por año (cada dos años para adultos de 21 a 59 años de edad), y \$50 en relación con el pago apropiado de los lentes de contacto por los cargos de su proveedor de la vista, por miembro por año (cada dos años para adultos de 21 a 59 años de edad). Los lentes de contacto no están cubiertos por el plan de pago por servicios de Medicaid. Es posible que los lentes de contacto y los anteojos no se obtengan en el mismo año (o en los mismos dos años para adultos de 21 a 59 años de edad). En vigencia a partir del *1 de julio de 2013*.

### ❖ **SERVICIOS DENTALES**

Incluye dos exámenes orales y limpiezas dentales periódicas por año para adultos (**más que lo que está disponible con el pago por servicios de Medicaid**).

## Servicios y Beneficios

### ❖ **SERVICIO DE RELEVO (DESCANSO)**

Los servicios de relevo (descanso) son servicios que proporcionan alivio temporal, de corto plazo a un cuidador informal sin pago de un miembro menor de 21 años de edad y de aquellas personas elegibles para recibir Ingreso del seguro suplementario (SSI) con el fin de ayudar y preservar la relación de cuidado primario. Los cuidadores deberán comunicarse con el administrador de atención médica del miembro de Buckeye para coordinar este beneficio.

### ❖ **NURSEWISE®**

NurseWise es una línea de información médica. NurseWise está disponible para contestar sus preguntas médicas las 24 horas del día – todos los días del año. El personal de NurseWise está compuesto por Enfermeros titulados. Estos enfermeros han dedicado mucho tiempo al cuidado de personas. Ahora ellos están preparados y con deseo de ayudarle.

Los servicios listados abajo están disponibles si llama a NurseWise, la línea directa de enfermeros de Buckeye que funciona las 24 horas del día, al **1-866-246-4358, opción 7** (TTY 1-800-750-0750):

- Línea de consejo médico
- Biblioteca de información médica
- Ayuda para determinar dónde obtener cuidado
- Respuestas a preguntas sobre su salud
- Asesoramiento sobre un niño enfermo
- Información sobre el embarazo
- Asesoramiento sobre la cantidad de medicamento que debe administrar a su niño

### **¿No está seguro si necesita ir a la sala de emergencia o al centro de cuidado urgente?**

A veces es posible que no esté seguro si necesita ir a la sala de emergencia o al centro de cuidado urgente. Llame a NurseWise. Ellos pueden ayudarle a decidir donde ir para recibir atención médica. Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted considera que es grave y necesita ser tratado inmediatamente por un médico.

## Servicios y Beneficios

### ❖ **PROGRAMA PARA CONTROL DEL ASMA**

Si tiene un niño con asma, nosotros contamos con un Programa para control del asma que puede ayudarle a controlar mejor el asma de su hijo. El asma es una enfermedad que produce dificultad para respirar. Las personas con asma:

- Con frecuencia tienen falta de aire
- Tienen sibilancias cuando respiran
- Tienen opresión en el pecho
- Tosen mucho, especialmente en la noche

Aunque el asma no se puede curar, sí puede controlarse. Si su hijo tiene asma, nuestro programa le ayudará con lo siguiente:

- Identificar factores que producen un ataque de asma
- Conocer rápidamente cuando está ocurriendo un ataque de asma para prevenir complicaciones graves
- Obtener el medicamento y los aparatos correctos para prevenir un ataque
- Consultar con el médico de su hijo para que reciba tratamiento

Si su hijo tiene asma, llame a nuestro Administrador del programa para control del asma marcando el 1-866-246-4359 (TTY 1-800-750-0750). Asegúrese de llamar si su hijo:

- Estuvo hospitalizado por asma durante el año pasado
- Ha consultado en la sala de emergencia debido al asma dos o más veces en los últimos seis meses
- Ha consultado con el médico debido al asma tres o más veces en los últimos seis meses
- Toma esteroides orales para el asma

## Servicios y Beneficios

### ❖ **MemberConnections**

Tenemos un programa especial para conectarlo con los servicios sociales y atención médica de calidad. Se llama **MemberConnections**. Nuestros representantes, trabajadores sociales de **MemberConnections** conversarán por teléfono con usted cuando llame al **1-866-246-4358** (TTY 1-800-750-0750), le enviarán información por correo, y visitarán su casa si desea que lo hagan.

Ellos se complacerán en conversar con usted sobre:

- Cómo elegir un médico
- Cómo cambiar de médicos
- Servicios de atención médica cubiertos
- Cómo usar sus servicios de atención médica
- Cómo obtener consejo médico cuando su médico no esté disponible
- Le explicarán la diferencia entre la atención de casos de emergencia y los que no son emergencia
- Cómo llevar una vida sana
- Cómo obtener vacunas y detecciones sistemáticas de salud
- Cualquier otro problema con los servicios de atención médica que pudiera tener

Los representantes de alcance de **MemberConnections** también le pueden ayudar a comunicarse con servicios sociales comunitarios si necesitara alimento, vivienda, ropa, servicios públicos, etc. Para comunicarse con **MemberConnections**, llame al **1-866-246-4358** (TTY 1-800-750-0750).

### ❖ **RECORDATORIOS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Buckeye envía periódicamente postales y mensajes de texto a los miembros recordándoles que programen citas de atención médica importantes tales como visitas para recibir vacunas, visitas dentales, mamografías y detección de plomo.

### ❖ **BOLETÍN INFORMATIVO PARA LOS MIEMBROS**

Buckeye envía un boletín informativo trimestral, *Healthy Moves*, para sus miembros. Estos boletines incluyen información sobre los beneficios del programa, así como artículos sobre temas de salud y bienestar.

## Servicios y Beneficios

### ❖ **BuckeyeCare: ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Buckeye ofrece BuckeyeCare, servicios de administración de la atención médica que están disponibles para niños y adultos con necesidades de atención médica especiales. Nuestro programa de administración de la atención médica ayuda a que los miembros aprendan más sobre sus enfermedades tales como:

- Asma
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
- Cardiopatía coronaria (CC)
- Hipertensión que no es leve (presión arterial alta)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- VIH/SIDA
- Enfermedad mental grave
- Limitación cognitiva y/o del desarrollo grave
- Trasplantes
- Trastorno de abuso de sustancias de alto riesgo o alto costo
- Internamientos o visitas frecuentes al departamento de emergencias
- Embarazos de alto riesgo
- Bebés prematuros
- Niños con necesidades especiales de atención médica

BuckeyeCare está diseñado para que los administradores de atención médica trabajen con los miembros y les ayuden a mejorar o mantener el buen estado de salud, y ayuden a coordinar los servicios que puedan necesitar para controlar su salud. El objetivo de nuestro programa es trabajar juntos en el desarrollo de un plan de atención médica que ayude a que nuestros miembros sean más independientes para satisfacer sus necesidades de atención médica. Llame al departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si le gustaría tener más información acerca de BuckeyeCare, nuestro programa de administración de la atención médica.

Aunque Buckeye brinda servicios de administración de la atención médica para nuestros miembros, somos conscientes de que algunos miembros preferirían no participar. Para los miembros identificados específicamente, Buckeye ofrece un proceso de “no participación en administración de la atención médica”. Si usted elige no participar en nuestro programa de administración de la atención médica, usted puede declinar la participación en cualquier momento informando a su administrador de la atención médica.

## Servicios y Beneficios

Cuando usted es un paciente hospitalizado, si se siente lo suficiente bien para recibir visitas, nuestros enfermeros o trabajadores sociales podrían visitarlo en su habitación del hospital para discutir sus necesidades y planificar su alta, responder las preguntas que tenga sobre nuestros beneficios y servicios ofrecidos, y proporcionarle información sobre nuestro programa de administración de la atención médica. Nuestro personal, antes de entrar a su habitación, primero siempre verificará con el personal del hospital si es el momento oportuno para que lo visitemos.

Adicionalmente:

- Es posible que el personal de Buckeye, inclusive los enfermeros, administradores de la atención médica, y trabajadores sociales contacten al miembro si el médico lo ha solicitado por teléfono, o si Buckeye considera que los servicios de administración de la atención médica serían útiles para el miembro.
- Es posible que el personal de Buckeye le haga preguntas al miembro para conocer más sobre sus enfermedades.
- El personal de Buckeye proporcionará información para ayudar a que el miembro entienda cómo cuidar de sí mismo y cómo acceder a los servicios (inclusive a los recursos locales).
- El personal de Buckeye hablará con el PCP del miembro y con otros proveedores de servicio para coordinar la atención médica.
- Los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye marcando el 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) si tienen preguntas sobre los servicios de administración de la atención médica o si consideran que se beneficiarían de dichos servicios.

## Servicios y Beneficios

### **SERVICIOS NO CUBIERTOS POR BUCKEYE O MEDICAID DE OHIO**

---

Buckeye no pagará por servicios o suministros recibidos que no cumplan con las indicaciones mencionadas en este manual. Buckeye no pagará por los siguientes servicios que no están cubiertos por Medicaid:

- Abortos excepto en el caso de una violación informada, incesto o si es necesario desde el punto de vista médico para salvar la vida de la madre
- Servicios de acupuntura y biorretroalimentación
- Todos los servicios o suministros que no sean necesarios desde el punto de vista médico
- Servicios de eutanasia, definidos como servicios con el fin de causar, o ayudar para causar la muerte de una persona
- Artículos para comodidad en el hospital (por ejemplo, TV o teléfono)
- Servicios y procedimientos en fase de experimentación, inclusive medicamentos y equipo, que no están cubiertos por Medicaid ni de acuerdo con los estándares acostumbrados del ejercicio de la profesión
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres, inclusive la reversión de la esterilizaciones voluntarias
- Atención de custodia hospitalaria para el paciente internado
- Tratamiento como paciente hospitalizado para parar el consumo de drogas y/o alcohol (los servicios de desintoxicación para el paciente internado en un hospital general están cubiertos)
- Pruebas de paternidad
- Cirugía plástica o cosmética que no es necesaria desde el punto de vista médico
- Servicios para el tratamiento de la obesidad a menos que se determine que son necesarios desde el punto de vista médico
- Servicios para averiguar la causa de la muerte (autopsia)
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años de edad o legalmente incapaz de consentir el procedimiento
- Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Buckeye. Si tiene preguntas acerca de si un servicio está cubierto, llame al Departamento de Servicios para los Miembros.

# Manual para Miembros

## Proveedor de Atención Primaria



### **CÓMO ESCOGER A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, siglas en inglés)**

---

Cada miembro de Buckeye debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés) del Directorio de Proveedores de Buckeye. Su PCP es un médico individual, grupo de médicos, enfermero de práctica avanzada o grupo de enfermeros de práctica avanzada capacitados en medicina familiar (medicina general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención médica. Su PCP realizará sus chequeos, pondrá sus vacunas y tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Si es necesario, su PCP lo(a) enviará a otros médicos (especialistas) o lo(a) internará en el hospital.

Puede comunicarse con su PCP llamando a su consultorio. El nombre y número telefónico de su PCP están impresos en su tarjeta de identificación de Buckeye.

### **CÓMO CAMBIAR SU PCP**

Si por alguna razón desea cambiar de PCP, primero deberá llamar al Departamento de Servicios para los Miembros y solicitar el cambio. Un miembro puede cambiar de PCP mensualmente. Se hace notar que, cualquier cambio en el PCP seleccionado dentro del primer mes de membresía será efectivo en la fecha de la solicitud del cambio de PCP. Si usted solicita cambiar de PCP después de su primer mes de membresía, el cambio será efectivo el primer día del próximo mes.

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

Para obtener los nombres de los PCP en Buckeye, puede consultar en su directorio de proveedores, en nuestro sitio de Internet [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com), o puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros de Buckeye al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750) para solicitar ayuda.





### ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL ÁREA, DESPUÉS DE HORAS DE OFICINA Y DE EMERGENCIA

#### ATENCIÓN FUERA DEL ÁREA Y DESPUÉS DE HORAS DE OFICINA

Si el consultorio de su PCP está cerrado o usted se encuentra lejos de casa en algún lugar de los Estados Unidos, y tiene un problema que no es de emergencia, llame a su PCP de Buckeye al teléfono que está listado en su tarjeta de identificación. También puede llamar a NurseWise las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin costo para usted marcando el **1-866-246-4358, opción 7**, (TTY 1-800-750-0750). Una enfermera le responderá y lo ayudará a determinar qué hacer.

Los servicios de atención médica están disponibles a través de los proveedores de Buckeye las 24 horas del día, los siete días de la semana. Después de horas de oficina, el teléfono de su PCP lo contestará un servicio de mensajes o una contestadora telefónica con instrucciones específicas. Asegúrese de seguir las instrucciones de la máquina. El servicio de mensajes hará que su PCP o el médico que cubre por el PCP le devuelva la llamada. Dígales que usted es miembro de Buckeye y explique su problema. Ellos le dirán qué hacer. Además puede visitar un Centro de atención médica de urgencia contratado que aparece en nuestro Directorio de Proveedores o en nuestro sitio web en [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com), o puede llamar a NurseWise sin costo al 1-866-246-4358, opción 7, (TTY 1-800-750-0750).

#### SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted cree que es tan grave que lo debe tratar un médico en seguida. Nosotros cubrimos los servicios de atención médica de emergencia dentro y fuera del condado donde vive, en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Entre algunos ejemplos de cuándo se necesita servicios de emergencia están:

- Dolor de pecho
- Intoxicación
- Brazo o pierna fracturada
- Hemorragia grave
- Quemaduras graves
- Falta repentina de aire o dificultad para respirar
- Aborto/embarazo con sangrado vaginal

No tiene que comunicarse con Buckeye para recibir aprobación antes de obtener servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia hospitalaria (ER, siglas en inglés) MÁS CERCANA o a otro entorno apropiado. Si no está seguro si necesita ir a la sala de emergencia, llame a su proveedor de atención primaria o a la línea directa de 24 horas NurseWise de Buckeye al **1-866-246-4358, opción 7** (TTY 1-800-750-0750). Su PCP o la línea directa NurseWise de Buckeye puede hablar con usted sobre su problema médico y aconsejarle sobre lo que debe hacer.

# Manual para Miembros

## Atención médica de emergencia

Se hace notar que usted puede autorreferirse a un Centro de Atención Urgente de Buckeye después de las horas hábiles si ese centro está abierto en ese momento.

Recuerde, si necesita servicios de emergencia:

- Vaya a la sala de emergencia hospitalaria más cercana o a otro entorno apropiado. Asegúrese de decirles que es miembro de Buckeye y muéstreles su tarjeta de identificación.
- Si el proveedor que lo(a) trata por una emergencia se ocupa de su emergencia pero cree que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar a Buckeye.
- Llame a su PCP de Buckeye (o pida al hospital que llame a su PCP) tan pronto como sea posible. Esto le informa a su PCP sobre la atención médica que usted recibió. Su PCP puede hacerse cargo de la coordinación de su atención médica. Debe comunicarse con su PCP en un plazo de 24 horas para coordinar atención médica de seguimiento dentro del área de servicio con proveedores participantes.
- Si el hospital hace que se quede, asegúrese de que se llame a Buckeye en un plazo de 24 horas.

## Medicamentos recetados



Aunque Buckeye cubre todos los medicamentos cubiertos por Medicaid que son necesarios desde el punto de vista médico, utilizamos una lista de medicamentos preferidos (PDL, siglas en inglés). Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor recete. Además podemos requerir que su proveedor nos presente información (una solicitud de autorización previa) para explicar por qué es necesario un medicamento específico y/o cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que pueda recibir usted el medicamento. Las razones por las que podemos solicitar una autorización previa incluyen:

- Hay un medicamento genérico o alternativo de la farmacia disponible.
- El medicamento se puede usar incorrectamente/abusar.
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero.

Algunos medicamentos también pueden tener limitaciones en la cantidad y algunos medicamentos nunca están cubiertos, como medicamentos para bajar 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 de tener una audiencia estatal.

Puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para solicitar información sobre nuestra PDL y los medicamentos que requieren autorización previa. También puede visitar nuestro sitio en Internet [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com). Tome nota que nuestra PDL y lista de medicamentos que requieren autorización previa puede cambiar de manera que es importante para usted y para su proveedor verificar esta información cuando usted necesite surtir/volver a surtir una receta.

El Estado de Ohio permite a los MCP desarrollar e implementar programas para ayudar a ciertos miembros, que están recibiendo medicamentos que no son necesarios bajo el punto de vista médico, a establecer y mantener una relación con su proveedor y/o farmacia para coordinar el tratamiento. A los miembros seleccionados para el programa de Buckeye se les proporcionará información adicional y se les notificará de sus derechos de audiencia estatal, según sea necesario.

Los miembros que están inscritos en el programa de Administración para Miembros y Sustancias Controladas (CSMM, siglas en inglés) tendrán restricciones en cuanto a los médicos y farmacias que usan, excepto en las situaciones de emergencia. Los miembros también tendrán la capacidad de cambiar proveedores designados de acuerdo con las normas.

# Manual para Miembros

## Reclamos

### RECLAMOS (QUEJAS)

---

#### **Cómo informar a Buckeye si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos**

Si no está conforme con algo sobre Buckeye o sus proveedores, usted debe comunicarse con nosotros tan pronto como sea posible. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado. Usted, u otra persona que usted desee que hable con nosotros puede contactarnos. Si usted desea que alguien hable por usted, necesita hacérselo saber. Buckeye desea que se comunique con nosotros para que lo podamos ayudar. Para contactarnos, usted puede:

- Llamar al Departamento de Servicios para los Miembros al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750), o
- Llenar el formulario en su manual para miembros, o
- Llamar al Departamento de Servicios para los Miembros y solicitar que le envíen un formulario, o
- Visitar nuestro sitio en Internet [www.buckeyehealthplan.com](http://www.buckeyehealthplan.com), o
- Enviarnos una carta en la que nos diga por qué no está satisfecho. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número que aparece al frente en su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Buckeye, su dirección y número telefónico para que, de ser necesario, nos podamos comunicar con usted.

También deberá enviar cualquier información que ayude a explicar su problema.

Buckeye Health Plan  
Appeals/Grievance Coordinator  
4349 Easton Way, Suite 200  
Columbus, OH 43219

Buckeye le enviará un informe por escrito si tomamos la decisión de:

- rechazar una solicitud para cubrir un servicio para usted;
- reducir, suspender o parar servicios antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados; o
- negar pago por un servicio que usted recibió y que no está cubierto por Buckeye

También le enviaremos un informe por escrito si, para la fecha que debíamos hacerlo:

- no hemos tomado la decisión de aprobar una solicitud para cubrir un servicio para usted, o
- no le hemos dado una respuesta a algo que usted nos informó que lo tenía insatisfecho

## Reclamos

Si usted no está de acuerdo con la decisión/acción enumerada en la carta, y se comunica con nosotros dentro de los 90 días calendario para solicitar que cambiemos nuestra decisión/acción, esto se llama apelación. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío de la carta. A menos que le indiquemos una fecha diferente, le daremos una respuesta a su apelación, por escrito dentro de 15 días calendario de la fecha que usted se comunicó con nosotros.

Si hemos tomado la decisión de reducir, suspender o parar los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados, su carta le informará cómo puede continuar recibiendo los servicios si lo desea y cuando podría tener que pagar por los servicios.

### Reclamos

Si usted se comunica con nosotros porque no está satisfecho con algo de Buckeye o uno de sus proveedores, esto se llama reclamo. Buckeye dará respuesta a su reclamo por teléfono (o por correo si no podemos hablar con usted por teléfono) dentro de los siguientes períodos de tiempo:

- 2 días laborables para reclamos acerca de no poder obtener atención médica
- 30 días de calendario para todos los otros reclamos excepto reclamos que son acerca de haber recibido cobro por un servicio recibido
- 60 días de calendario para reclamos de recibir cobro por atención que ha recibido

Usted también tiene el derecho en todo momento de presentar una queja comunicándose con:

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

Ohio Department of Insurance  
50 W. Town Street, 3<sup>rd</sup> Floor, Suite 300  
Columbus, Ohio 43215  
1-800-686-1526

### Audiencias estatales

Buckeye le notificará de su derecho de solicitar una audiencia estatal cuando:

- se toma la decisión de negar servicios
- se toma la decisión de reducir, suspender, o parar servicios antes de que todos los servicios aprobados se hayan recibido
- un proveedor le cobra a usted porque Buckeye se ha negado a pagar por el servicio
- se toma la decisión de proponer inscripción o continuar con la inscripción en el programa de Administración para Miembros y Sustancias Controladas (CSMM) de Buckeye
- Se toma la decisión de rechazar su solicitud para cambiar su proveedor del programa de Administración para Miembros y Sustancias Controladas

# Manual para Miembros

## Reclamos

En el momento que Buckeye toma la decisión, o es informado que el proveedor le está cobrando el pago, le enviaremos a usted el formulario para la audiencia estatal. Si usted desea la audiencia estatal, debe solicitarla dentro de los 90 días de calendario. El período de 90 días de calendario comienza el día después de la fecha de envío del formulario de la audiencia. Si tomamos la decisión de reducir, suspender, o parar servicios antes de que todos los servicios aprobados se hayan recibido y usted solicita una audiencia dentro de los 15 días de calendario a partir de la fecha de envío en el formulario, no tomaremos acción hasta que todos los servicios aprobados se hayan recibido o hasta que se haya decidido la audiencia, lo que suceda primero. Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que recibe después de la fecha propuesta para reducir, suspender, o parar servicios si el oficial de la audiencia está de acuerdo con nuestra decisión.

Las decisiones de las audiencias estatales generalmente se emiten a más tardar 70 días de calendario después de que se recibe la solicitud. Sin embargo, si el MCP o la Oficina de Audiencias Estatales decide que la afección cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se emitirá tan pronto como sea necesario, pero no después de 3 días laborables después de recibir la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones cuando la toma de decisiones dentro del período de tiempo estándar podría poner seriamente en peligro su vida o su salud o su capacidad de obtener, mantener o recuperar la máxima función.

Para solicitar una audiencia usted puede firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o número de fax listado en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748 o enviar su solicitud por medio de correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). Una audiencia estatal es una reunión donde estará usted, una persona del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado, una persona de Buckeye y un oficial de audiencia del Departamento del Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Buckeye explicará por qué tomamos nuestra decisión y usted dirá por qué piensa que tomamos una decisión equivocada. El oficial de audiencia escuchará y luego decidirá quién está en lo correcto teniendo como base la información proporcionada y si cumplimos con las normas. Si desea información sobre servicios legales gratuitos pero no conoce el número de su oficina local de ayuda legal, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888 para obtener el número local.

# Manual para Miembros

## Reclamos

### FORMULARIO PARA RECLAMOS/APELACIONES

Fecha \_\_\_\_\_

Si desea presentar un reclamo/apelación, comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750). Si no tiene acceso a un teléfono, puede llenar este formulario o escribir una carta que incluya la información que se solicita a continuación. El formulario completo o su carta se debe enviar por correo a:

Buckeye Health Plan  
Appeals/Grievance Coordinator  
4349 Easton Way, Suite 200  
Columbus, OH 43219

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

*Se hace notar: Debe proporcionar información de contacto completa y exacta abajo de manera que Buckeye pueda comunicarse con usted para resolver este asunto.*

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro: \_\_\_\_\_

Número telefónico del Miembro: \_\_\_\_\_

Número de MMIS del Miembro: \_\_\_\_\_

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

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

De ser así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿A quién? \_\_\_\_\_

Naturaleza del reclamo: (Sírvese indicar todos los detalles relacionados con el incidente en cuestión, incluso nombres, fechas, lugares, etc. Sírvese adjuntar hojas adicionales de documentación de apoyo sobre su reclamo/apelación, si es necesario.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**La sección de abajo será completada por Buckeye.**

**Resolución (Resolution):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Representante (Representative):** \_\_\_\_\_ **Fecha (Date):** \_\_\_\_\_

## Terminación de la membresía

### TERMINACIÓN DE LA MEMBRESÍA

---

#### **Pérdida de elegibilidad con Medicaid**

Es importante que mantenga sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado. Si pierde una visita o no les proporciona la información que piden, usted puede perder su elegibilidad con Medicaid. Si esto sucede, Buckeye recibirá instrucciones de parar su membresía como miembro de Medicaid y usted ya no tendría cobertura de Buckeye.

#### **Aviso de pérdida de seguro (Certificado de cobertura acreditable)**

En cualquier momento que usted pierde el seguro de salud, debe recibir un aviso, conocido como certificado de cobertura acreditable, de su compañía de seguros anterior que dice que usted ya no tiene seguro. Es importante que guarde una copia de este aviso para sus registros porque se le puede pedir que proporcione una copia.

#### **Renovación automática de la membresía en un MCP (Plan de atención médica administrada)**

Su usted pierde su elegibilidad para Medicaid pero ésta comienza de nuevo dentro de 60 días, automáticamente se convertirá de nuevo en miembro de Buckeye.

#### **Finalización de su membresía en un MCP (Plan de atención médica administrada)**

Como miembro de un plan de atención médica administrada, tiene el derecho de elegir dar por terminada su membresía en ciertos períodos durante el año. Puede elegir terminar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta anual para su área. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información por correo para informarle cuál será el mes de inscripción abierta anual. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que escoger otro plan de atención médica administrada para recibir atención médica.

Si desea dar por terminada su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta para su área, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). También puede enviar una solicitud en línea en el sitio en Internet de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). La mayoría del tiempo, si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía terminará el primer día del próximo mes. Si llama después de esta fecha, su membresía no terminará sino hasta el primer día del siguiente mes (un mes más). Si escoge otro plan de atención médica administrada, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha que comienza su membresía.



## Terminación de la membresía

### **Cómo escoger un nuevo plan**

Si considera dar por terminada su membresía para cambiarse a otro plan de salud, debe conocer sus opciones. Especialmente si desea seguir consultando con su(s) médico(s) actual(es).

Recuerde, cada plan de salud tiene su propia lista de médicos y hospitales que le permitirán usar. Cada plan de salud también tiene información escrita que explica los beneficios que ofrecen y las normas o reglas que tienen. Si usted desea información por escrito sobre el plan de salud al que está considerando inscribirse o si simplemente desea hacer preguntas sobre el plan de salud, puede llamar al plan o 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 en internet de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com).

### **Terminación de la membresía por causa justa**

Algunas veces puede haber una razón especial por la que necesita dar por terminada su membresía en el plan de salud. Esto se llama terminación de la membresía por “causa justa”. Antes de solicitar una terminación de la membresía por causa justa, debe hablar primero con su plan de atención de salud administrada para darles la oportunidad de resolver el problema. Si ellos no pueden resolver el problema, puede solicitar la terminación de la membresía por causa justa en cualquier momento si tiene una de las siguientes razones:

1. Usted se muda y su MCP actual no está disponible en el sitio donde ahora vive y debe recibir atención médica que no es de emergencia en su nueva área antes de que su membresía en el MCP termine.
2. El MCP no cubre, por objeciones morales o religiosas, un servicio médico que usted necesita.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que usted necesita deben ser recibidos al mismo tiempo y no todos los servicios están disponibles en el panel de su MCP.
4. Usted tiene inquietudes acerca de que no está recibiendo atención de calidad y que los servicios que necesita no están disponibles de otro proveedor en el panel de su MCP.
5. Falta de acceso a servicios cubiertos por Medicaid que son necesarios desde el punto de vista médico o falta de acceso a proveedores que tienen experiencia en el manejo de sus necesidades especiales de atención médica.
6. El PCP que usted escogió ya no forma parte del panel de su MCP y él/ella era el único PCP en el panel de su MCP que habla su idioma y que estaba ubicado a distancia razonable de usted. Otro plan de salud tiene un PCP en su panel que habla su idioma y que está ubicado a distancia razonable de usted y lo aceptará como su paciente.
7. Otra – Si usted piensa que permanecer como miembro en su plan de salud actual es dañino para usted y no en su mejor interés.

## Terminación de la membresía

Usted puede solicitar la terminación de su membresía por causa justa llamando a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud para terminar su membresía por causa justa y decidirá si usted cumple con una razón de causa justa. Usted recibirá una carta por correo para informarle si el Departamento de Medicaid de Ohio terminará su membresía y la fecha de terminación. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que escoger otro plan de atención médica administrada para recibir atención médica a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le indique algo diferente. Si su solicitud por causa justa es denegada, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que explica su derecho de apelar la decisión en una audiencia estatal.

### Lo que debe recordar si termina su membresía

Si ha seguido cualquiera de los pasos arriba mencionados para terminar su membresía, recuerde:

- Continuar usando los médicos y otros proveedores de Buckeye hasta el día que sea miembro de su nuevo plan de salud o de regreso en Medicaid regular.
- Si usted escoge un nuevo plan de salud y no ha recibido una tarjeta de ID de miembro antes del primer día del mes cuando usted es miembro del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para los Miembros del plan. Si no lo pueden ayudar, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572).
- Si se le permitió regresar a la tarjeta regular de Medicaid y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame a su trabajador de caso del condado.
- Si usted ha escogido un nuevo plan y tiene cualquier visita médica programada, llame a su nuevo plan para asegurarse que estos proveedores están en la lista de proveedores del nuevo plan y de hacer cualquier papeleo necesario. Algunos ejemplos de cuándo necesita llamar a su nuevo plan incluyen: cuando tiene cita programada para ver a un nuevo médico, una cirugía, toma de exámenes de sangre o radiografías y especialmente si está embarazada.
- Si se le permitió regresar a Medicaid regular y tiene cualquier visita médica programada, llame a los proveedores para asegurarse que tomarán la tarjeta regular de Medicaid.

### Terminación opcional de la membresía

Niños menores de diecinueve (19) años de edad tienen la opción de no ser miembros de un plan de atención administrada si:

- Son elegibles para el ingreso del seguro suplementario (SSI, siglas en inglés) bajo el título XVI;
- Están recibiendo asistencia por familia sustituta o de adopción bajo el título IV-E;
- Están con familia sustituta o con cuidados fuera de casa; o

## Terminación de la membresía

- Están recibiendo servicios a través de la Agencia para niños con discapacidades médicas del Departamento de Salud de Ohio (BCMh, siglas en inglés).

Adicionalmente, si alguien es miembro de una tribu nativa federalmente reconocida, sin tener en cuenta la edad, tiene la opción de no ser miembro de un plan de atención médica administrada.

Si considera que usted/su hijo cumple con cualquiera de los criterios mencionados arriba y no desea ser miembro de un plan de atención médica administrada, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si alguien cumple con los criterios arriba mencionados y no desea ser miembro de un MCP, su membresía se dará por terminada.

### **Exclusiones – Individuos a quienes no se les permite inscribirse en un MCP de Medicaid**

- Las personas que tienen doble elegibilidad bajo los programas de Medicaid y Medicare;
- Las personas institucionalizadas (en una institución geriátrica o de convalecencia, institución de atención médica a largo plazo, ICF-MR, o algún otro tipo de institución)
- Las personas elegibles para recibir Medicaid gastando sus ingresos o recursos hasta un nivel donde cumple con los requisitos de elegibilidad financiera del programa de Medicaid; o
- Las personas que reciben la exención de servicios de Medicaid.
- Las personas que reciben servicios a través de la Agencia para niños con discapacidades médicas del Departamento de Salud de Ohio (Bureau for Children with Medical Handicaps) (BCMh, siglas en inglés) por diagnóstico de cáncer, fibrosis quística o hemofilia.

Si cree que cumple con cualquiera de los criterios mencionados arriba y no debería ser miembro de un plan de atención médica administrada, debe llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si cumple con los criterios arriba mencionados, su membresía se dará por terminada.

### **¿Puede Buckeye dar por terminada mi membresía?**

Buckeye puede solicitar al Departamento de Medicaid de Ohio terminar su membresía por ciertas razones. El Departamento de Medicaid de Ohio debe autorizar la solicitud antes de que su membresía pueda darse por terminada. Las razones por las que Buckeye puede solicitar terminar su membresía son:

- Por fraude o por mal uso de su tarjeta de identificación (ID) de Buckeye.
- Por comportamiento disruptivo o poco colaborador al punto que afecta la capacidad de Buckeye de proporcionar servicios para usted u otros miembros.



### LOS DERECHOS DE SU MEMBRESÍA

---

**Como miembro de Buckeye, usted tiene los siguientes derechos:**

- A recibir todos los servicios que Buckeye debe proporcionar.
- A ser tratado con respeto en cuanto a su dignidad y privacidad.
- A estar seguro que la información en su expediente médico se mantendrá confidencial.
- A que se le proporcione información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguien más que usted haya autorizado legalmente para tener la información o que usted haya indicado que puede ser contactado en caso de emergencia cuando no es apropiado para su salud que se le proporcione a usted.
- A poder tomar parte en las decisiones sobre su atención médica a menos que no sea apropiado en su caso.
- A obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica, proporcionada de tal forma que la pueda entender.
- A estar seguro de que otros no pueden escucharlo o verlo cuando usted está obteniendo la atención médica.
- A no sufrir ninguna forma de impedimento o encierro utilizado como una forma de presión, disciplina, reducción o venganza según se especifica en las regulaciones Federales.
- A solicitar y obtener una copia de sus expedientes médicos, y a solicitar que el expediente sea cambiado/corregido si fuera necesario.
- A poder decir sí o no a que cualquier información sobre usted sea compartida, a menos que a Buckeye se lo exija la ley.
- A poder decir no a un tratamiento o terapia. Si usted se niega a recibirla, el médico o Buckeye hablará con usted sobre lo que podría suceder y se pondrá una nota en su expediente médico sobre ello.
- A poder presentar una apelación, un reclamo (queja) o una audiencia estatal. Consulte las páginas 28-31 de este manual para su información.
- A poder obtener toda la información para los miembros de Buckeye por escrito:
  - Sin costo para usted;
  - En los idiomas prevalentes de los miembros, aparte del inglés, en las áreas de servicio de Buckeye;
  - En otras formas, para ayudar con las necesidades especiales de los miembros que pueden tener por algún motivo dificultades para leer la información.
- A poder obtener ayuda sin costo de Buckeye y sus proveedores si usted no habla inglés o necesita ayuda para entender la información.
- A poder obtener ayuda con lenguaje de señas si tiene problemas de la audición.
- A ser informado si el proveedor de atención médica es un estudiante y poder rechazar su atención.

# Manual para Miembros

## Derechos de su membresía

- A ser informado de cualquier atención experimental y poder negarse a tomar parte en esa atención.
- A preparar directivas anticipadas (testamento vital). Consulte el folleto en su paquete de nuevo miembro que explica las directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los Miembros para obtener más información.
- A presentar reclamos ante el Departamento de Salud de Ohio si no se cumple con sus directivas anticipadas.
- A cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) por otro PCP en el panel de Buckeye al menos una vez al mes. Buckeye debe enviarle por correo información por escrito sobre quién es su nuevo PCP para la fecha del cambio.
- A sentirse libre de exigir sus derechos y saber que Buckeye, los proveedores de Buckeye o el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias contra usted.
- A conocer que Buckeye debe cumplir con todas las leyes federales y estatales, así como otras leyes sobre la privacidad que apliquen.
- A escoger un proveedor que le proporcione atención siempre que sea posible y en forma apropiada.
- Si es mujer, a poder escoger un proveedor de atención médica del sexo femenino en el panel de Buckeye para recibir los servicios para la salud femenina cubiertos.
- A poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado del panel de Buckeye. Si un proveedor calificado no lo puede ver, Buckeye deberá programar una cita con un proveedor que no es de su panel.
- A obtener de nosotros información de Buckeye.
- A poder comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y/o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio a las direcciones de abajo con cualquier reclamo de discriminación basado en la raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, estado de excombatiente, abolengo, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

**Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
(United States Department of Health and Human Services)  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 886-2359; (312) 353-5693 TTY**

**Agencia de Derechos Civiles (Bureau of Civil Rights)  
Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio  
(Ohio Department of Job and Family Services)  
30 E. Broad Street, 30<sup>th</sup> Floor  
Columbus, Ohio 43215  
(614) 644-2703; 1-866-227-6353; 1-866-221-6700 TTY; Fax: (614) 752-6381**

## Responsabilidades de su Membresía

### LAS RESPONSABILIDADES DE SU MEMBRESÍA

---

**Como miembro de Buckeye, usted también tiene varias responsabilidades. Éstas son aprender y entender cada derecho que tiene bajo el programa de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:**

- Hacer preguntas si no entiende sus derechos.
- Hacer cambios en su plan de salud y proveedor de atención primaria en la forma establecida por el programa de Medicaid y Buckeye.
- Ir a sus citas programadas.
- Llevar consigo su tarjeta de identificación (ID).
- Informar a su PCP de los tratamientos recibidos en la sala de emergencia.
- Cancelar por anticipado las citas cuando no puede asistir a ellas.
- Si Buckeye le proporciona transporte para acudir a una cita médica, usted debe proporcionar un asiento de seguridad para automóvil para todo niño que vaya con usted si el niño es menor de 4 años, o si el niño pesa menos de 40 libras.
- Siempre comuníquese primero con su PCP o con NurseWise de Buckeye para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Únicamente vaya a la sala de emergencia cuando crea que es una emergencia.
- Compartir información referente a su estado de salud con su PCP y estar totalmente informado sobre servicios y opciones de tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:
  - Informar a su PCP acerca de su salud.
  - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención de salud y hacer preguntas sobre las diferentes formas en que sus problemas de salud pueden ser tratados.
  - Ayudar a que sus proveedores obtengan sus expedientes médicos.
  - Participar activamente en las decisiones referentes a servicio seguro y opciones de tratamiento, hacer elecciones personales y tomar acción para mantener su salud. Esto incluye la responsabilidad de:
    - Trabajar como un equipo con su proveedor para decidir qué atención de salud es mejor para usted.
    - Hacer lo mejor que pueda para permanecer saludable.
    - Tratar a los proveedores y al personal médico con respeto.

# Manual para Miembros

## Otra Información

- Buckeye proporciona servicios a nuestros miembros porque tiene un contrato con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si desea comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio puede llamar o escribir a:

**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 sitio en Internet del Departamento de Medicaid de Ohio  
[www.jfsmedicaid.ohio.gov/ohp](http://www.jfsmedicaid.ohio.gov/ohp)**

- Puede comunicarse con Buckeye para obtener cualquier otra información que desee, incluyendo la estructura y operación de Buckeye, y cómo pagamos a nuestros proveedores.
- Si desea informarnos sobre cosas que piensa que debemos cambiar, llame al Departamento de Servicios para los Miembros al 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas de los Derechos y Responsabilidades de los miembros de Buckeye.
- Tiene derecho a preguntar a Buckeye acerca de cómo evaluamos los nuevos procedimientos y servicios de atención de salud que cubrimos como un beneficio.
- Tiene derecho a preguntar a Buckeye acerca de nuestras razones para las decisiones que tomamos sobre su atención de salud.
- En Buckeye, su privacidad es importante para nosotros. Haremos todo lo posible para proteger sus expedientes médicos. Por ley, debemos proteger sus expedientes médicos y enviarle un Aviso de Privacidad, que hemos incluido al final de este manual. El Aviso de Privacidad le informa cómo usamos sus expedientes médicos. Describe cuándo podemos compartir sus expedientes con otras personas. Explica sus derechos en cuanto al uso de sus expedientes médicos. También explica cómo usar estos derechos y quién puede ver sus expedientes médicos. El Aviso no aplica a la información que no lo identifica. Cuando en el Aviso hablamos sobre sus expedientes médicos, esto incluye cualquier información de su salud física o mental pasada, presente o futura mientras es miembro de Buckeye. Esto incluye proporcionarle atención de salud a usted. También incluye los pagos por su atención de salud mientras es nuestro miembro.

## Otra información

### **Enfermedad o lesión accidental (Subrogación)**

Si un miembro de Buckeye tiene que consultar con un médico por una enfermedad o lesión que fue causada por otra persona o negocio, debe llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para hacérselo saber. Por ejemplo, si sale lesionado en un accidente de tráfico, por una mordida de perro, o si se cae o se lastima en una tienda, entonces otra compañía de seguros puede tener que pagar la factura del médico o del hospital. Cuando llame necesitaremos el nombre de la persona culpable, el nombre de su compañía de seguros y el(los) nombre(s) de los abogados involucrados.

### **Otro seguro de salud (Coordinación de beneficios – COB)**

Si usted o alguien en su familia tiene seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame al Departamento de Servicios para los Miembros y a su trabajador de caso del condado acerca de su seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene seguro de salud o si sus hijos tienen seguro de salud a través del otro padre, necesita llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para darnos la información. También es importante llamar al Departamento de Servicios para los Miembros y a su trabajador de caso del condado si previamente había informado un seguro de salud pero lo ha perdido. No darnos esta información puede causar problemas para obtener la atención médica y con las facturas.



# Manual para Miembros

## Aviso de Privacidad

### Buckeye Health Plan Aviso de Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**Entrada en vigencia: 1 de enero de 2013**

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al 1-866-246-4358.

Línea TTY para personas con problemas de audición: 1-800-750-0750.

Servicios de intérprete se proporcionan sin costo para usted.

---

**Funciones de las entidades cubiertas:**

Buckeye Health Plan es una Entidad cubierta como se define y regula conforme a la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPAA, siglas en inglés). Se exige por ley que Buckeye Health Plan mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI, siglas en inglés). Nosotros debemos entregarle este Aviso. Éste incluye nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad relacionadas con su PHI. Debemos cumplir con los términos del aviso actual. Debemos informarle si existe una violación de su PHI sin garantía.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. Describe sus derechos para acceder, cambiar y controlar su PHI. También le informa cómo usar sus derechos.

Buckeye Health Plan puede cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o cambiado para su PHI que ya tenemos. También podemos hacerlo efectivo para cualquiera de su PHI que tengamos en el futuro. Buckeye Health Plan rápidamente actualizará y le entregará este Aviso cuando haya un cambio material de lo siguiente establecido en el aviso:

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

Los avisos actualizados estarán en nuestro sitio web y en nuestro Manual para miembros. Además si lo solicita le enviaremos una copia por correo normal o electrónico.

## Aviso de Privacidad

Usos y divulgaciones de su PHI:

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico o a otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento. Hacemos esto para coordinar su tratamiento entre los proveedores. También hacemos esto para ayudarnos con las decisiones de autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos usar y divulgar su PHI para cobrar el pago de los beneficios por los servicios de atención médica que recibió. Podemos divulgar su PHI para fines de pago a otro plan de salud, proveedor de atención médica, u otra entidad. Esto está sujeto a las Normas de privacidad federales. Las actividades de pago pueden incluir:
  - El trámite de las reclamaciones
  - La determinación de elegibilidad o las reclamaciones de la cobertura
  - Emitir la facturación de primas
  - Revisar los servicios para las necesidades médicas
  - Realizar la revisión de utilización de reclamaciones
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
  - Proporcionar servicios a los clientes
  - Responder a las quejas y apelaciones
  - Proporcionar administración de casos y coordinación de la atención médica
  - Dirigir las revisiones médicas de las reclamaciones y otras evaluaciones de la calidad
  - Mejorar las actividades

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar su PHI a los asociados de negocios. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados de negocios. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de privacidad federal. La entidad debe también tener relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades para mejorar
  - Revisar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica
  - Administración de casos y coordinación de la atención médica
  - Detectar o prevenir fraude y abuso en la atención médica
- **Recordatorios de citas/Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros. También podemos usar o divulgarla para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento. Además podemos usarla y divulgarla para otros beneficios o servicios relacionados con la atención médica. Por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o para bajar de peso.

## Aviso de Privacidad

- **Según lo requiera la ley.** Si la ley federal, estatal y/o local exige el uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar la información de su PHI. Hacemos esto cuando el uso o divulgación cumple con la ley. Este uso o divulgación se limita a los requisitos de la ley. Podría haber discrepancia con otras leyes o regulaciones. Si eso sucede cumpliremos con las leyes o regulaciones más estrictas.
  - **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Podemos hacer eso para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de productos o servicios bajo el control de la FDA.
  - **Víctimas de maltrato y negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal. Eso incluye las agencias de servicios sociales o de servicios de protección autorizadas por la ley para tener estos informes. Haremos esto si tenemos la convicción razonable de maltrato, negligencia o violencia doméstica.
  - **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en los procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
    - Una orden de un tribunal
    - Tribunal administrativo
    - Citación
    - Comparecencia
    - Orden judicial
    - Descubrimiento de pruebas
    - Solicitud legal similar
  - **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI relevante para el cumplimiento de la ley si se requiere hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:
    - La orden de un tribunal
    - Mandato judicial
    - Citación
    - Citación emitida por un funcionario judicial
    - Citación para gran jurado
- También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona perdida.
- **Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un forense o médico forense. Eso puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de fallecimiento. También podemos divulgar su PHI a los directores de las funerarias, según sea necesario, para cumplir con sus obligaciones.

# Manual para Miembros

- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a las organizaciones encargadas de la obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a aquellas personas que trabajan en la obtención, bancos o trasplantes de:
  - Órganos de cadáveres
  - Ojos
  - Tejidos
- **Amenazas para la salud y seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente. Eso incluye amenazas a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** Si es miembro de las Fuerzas armadas de los EE.UU., podemos divulgar su PHI según sea requerida por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI:
  - A los oficiales federales autorizados para seguridad nacional
  - Para actividades de inteligencia
  - Al Departamento de estado para determinaciones de idoneidad médica
  - Para servicios de protección para el Presidente o para otras personas autorizadas
- **Compensación laboral.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con el programa de compensación laboral u otros programas similares establecidos por la ley. Estos son programas que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin considerar la culpa.
- **Situaciones de emergencia.** Podemos divulgar su PHI o si no puede responder o no está presente. Eso incluye a un miembro de la familia, amigo personal cercano, agencia de auxilio en caso de desastre que esté autorizada, o cualquier otra persona que usted nos indique. Usaremos el criterio profesional y la experiencia para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si eso es lo mejor para usted, sólo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la persona involucrada en su atención médica.
- **Investigación.** En algunos casos, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado. Ellos deben de tener medidas de seguridad establecidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

## **Acuerdo verbal para usar y divulgar su PHI**

Podemos tomar su acuerdo verbal para usar y divulgar su PHI a otras personas. Eso incluye a los miembros de la familia, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Puede oponerse al uso o divulgación de su PHI al momento de la solicitud. Puede proporcionarnos su acuerdo verbal u objeción con anticipación. También puede dárnoslo al momento del uso o divulgación. Limitaremos el uso o divulgación de su PHI en estos casos. Limitamos la información a lo que es directamente relevante para que la persona participe en su tratamiento de atención médica o pago.

# Manual para Miembros

Podemos tomar su acuerdo verbal u objeción para usar y divulgar su PHI en una situación de desastre. Podemos proporcionársela a una entidad de auxilio en caso de desastre que esté autorizada. Limitaremos el uso o divulgación de su PHI en estos casos. Estará limitada a la notificación a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención médica, de su ubicación y estado general de salud. Puede proporcionarnos su acuerdo verbal u objeción con anticipación. También puede dárnoslo al momento del uso o divulgación de su PHI.

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

Se nos exige obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con pocas excepciones, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI.** Solicitaremos la aprobación por escrito antes que hagamos alguna divulgación que sea considerada una venta de su PHI. Una venta de su PHI significa que obtendremos pago por divulgar la PHI en esa forma.
- **Mercadeo.** Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de mercadeo con excepciones limitadas. Por ejemplo, cuando tenemos comunicaciones de mercadeo personales con usted. O, cuando le entregamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia.** Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar toda nota de psicoterapia que pudiéramos tener en archivo con excepción limitada. Por ejemplo, para ciertos tratamientos, pagos o funciones de operación de atención médica.

Todos los otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso se harán sólo con su aprobación por escrito. Usted puede retirar su aprobación en cualquier momento. La solicitud para retirar la aprobación debe ser por escrito. Su solicitud para retirar la aprobación entrará en vigencia tan pronto como la solicite. Existen dos casos en los que no entrará en vigencia tan pronto como lo solicite. El primer caso es cuando ya hemos tomado acciones basados en la aprobación pasada. El segundo caso es antes de que recibamos su solicitud por escrito del retiro.

## Sus derechos

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

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para operaciones de tratamiento, pago o de atención médica. También puede solicitar divulgaciones para las personas involucradas en su atención médica, o para pago de su atención médica. Eso incluye a miembros de la familia o amigos cercanos. Su solicitud deberá establecer las restricciones que usted solicita. También deberá decir a quién aplican las restricciones. No se nos exige que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción. No cumpliremos con la solicitud si la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de su PHI para operaciones de pago, o de atención médica para un plan de salud cuando usted haya pagado totalmente por el servicio o artículo de su propio bolsillo.

# Manual para Miembros

- ***Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales.*** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI en otra forma o en otras ubicaciones. Este derecho sólo aplica si la información podría ponerlo en peligro si no se comunica en otras formas o en otras ubicaciones. Usted no tiene que explicar la razón de su solicitud. Sin embargo, debe establecer que la información podría ponerlo en peligro si el cambio no se realiza. Debemos trabajar con su solicitud si es razonable y establecer la otra forma o ubicación donde su PHI deberá entregarse.
- ***Derecho de acceder y recibir copia de su PHI.*** Tiene el derecho, con excepciones limitadas, de inspeccionar u obtener copias de su PHI contenida en una serie de expedientes designados. Puede solicitar que le entreguemos las copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no sea factible para nosotros hacerlo. Para tener acceso a su PHI debe solicitarlo por escrito. Si negamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le informaremos si las razones de la negación pueden ser revisadas. También le informaremos cómo solicitar una revisión o si la negación no puede ser revisada.
- ***Derecho de cambiar su PHI.*** Tiene el derecho de solicitar que cambiemos su PHI si considera que tiene información errónea. Debe solicitarlo por escrito. Debe explicar por qué la información deberá ser cambiada. Nosotros podemos negar su solicitud por ciertas razones. Por ejemplo, si nosotros no creamos la información que desea cambiar y el creador de la PHI puede realizar el cambio. Si negamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted podría responder con una declaración que muestre su desacuerdo con nuestra decisión. Nosotros adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que cambiemos. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otras personas del cambio. Eso incluye a las personas que usted nombre. También haremos esfuerzos para incluir los cambios en toda divulgación futura de esa información.
- ***Derecho de recibir una lista de las divulgaciones*** Tiene el derecho de obtener una lista de las ocasiones dentro del último período de 6 años en el cual nosotros o nuestros asociados de negocios divulgaron su PHI. Esto no aplica a la divulgación para fines de operaciones de tratamiento, pago, atención médica, o divulgaciones que usted autorizó y ciertas otras actividades. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un pago razonable, basado en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestros cobros al momento de su solicitud.
- ***Derecho de presentar una queja.*** Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja. También puede hacer esto por teléfono. Use nuestra información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos. Consulte la información de contacto en el sitio web de HHS en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr). Si lo solicita, le proporcionaremos la dirección para presentar una queja por escrito ante HHS. **NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN CONTRA SUYA POR PRESENTAR UN RECLAMO.**

# Manual para Miembros

## Aviso de Privacidad

- ***Derecho de obtener una copia de este Aviso.*** Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Use nuestra información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Si obtiene este Aviso en nuestro Sitio web o por correo electrónico, puede solicitar una copia en papel del Aviso.

### Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Use la información de contacto que se lista más abajo.

**Buckeye Health Plan  
Attn: Privacy Official  
4349 Easton Way, Suite 200  
Columbus, OH 43219  
866-246-4358  
(800-750-0750)**

## Directivas anticipadas

*“Cómo usar las Directivas anticipadas para manifestar deseos sobre su atención médica”*

Hoy en día muchas personas se preocupan sobre la atención médica que podrían recibir si se enferman tan gravemente de manera que no podrían dar a conocer sus deseos.

Algunas personas no desean pasar meses o años recibiendo soporte vital. Es posible que otras deseen recibir toda medida posible para prolongar su vida.

### **USTED TIENE LA OPCIÓN**

Un número cada vez mayor de personas deciden dar a conocer sus deseos. Usted puede manifestar por escrito sus deseos de atención médica mientras se encuentra sano y capaz de decidir.

Su instalación de atención médica debe explicarle su derecho a manifestar sus deseos sobre la atención médica. También debe preguntarle si ha puesto sus deseos por escrito.

Esta información explica sus derechos conforme a la ley de Ohio para aceptar o rechazar atención médica. Le ayudará a seleccionar su propia atención médica.

Esta información también le explicará cómo manifestar sus deseos sobre la atención médica que desea recibir si no puede decidir por sí mismo.

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

Para recibir asesoramiento legal, usted puede hablar con un abogado. Para obtener información sobre servicios legales sin costo, llame al 1-800-589-5888, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m.

### **¿Cuáles son mis derechos?**

Usted tiene derecho a decidir su propia atención médica. Si no desea recibir cierto tipo de atención médica, tiene el derecho de informar a su médico que no lo desea.

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



# Manual para Miembros

## Directivas anticipadas

La mayoría de personas pueden dar a conocer a sus médicos sus deseos sobre la atención médica. Sin embargo algunas personas se enferman tan gravemente que no pueden informar a sus médicos sobre el tipo de atención médica que desean recibir.

Conforme a la ley de Ohio, tiene el derecho de llenar un formulario mientras puede decidir por sí mismo. El formulario informa a sus médicos la atención médica que desea recibir si usted no puede expresar sus deseos.

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

Conforme a la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o directivas anticipadas que puede usar. Usted puede usar ya sea un testamento vital, una declaración de tratamiento para la salud mental, un poder notarial duradero para atención médica, o una orden de no realizar medidas de reanimar (DNR, por sus siglas en inglés).

Usted llenará una directiva anticipada mientras sea capaz de decidir por sí mismo. La directiva anticipada le permite a su médico y a otras personas conocer sus deseos sobre el tratamiento médico.

### **¿Tengo que llenar una directiva anticipada antes de obtener atención médica?**

No. Nadie puede hacerle llenar una directiva anticipada. Usted decide si desea llenar una.

### **¿Quién puede llenar una directiva anticipada?**

Toda persona de 18 años de edad o mayor que esté en su sano juicio y pueda tomar sus propias decisiones puede llenar una.

### **¿Necesito un abogado?**

No, usted no necesita un abogado para llenar una directiva anticipada. Aun así, usted podría decidir hablar con un abogado.

### **¿Tienen que cumplir con mis deseos las personas que me prestan servicios de atención médica?**

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 presta servicios de atención médica no cumpla con sus deseos debido a que ellos van en contra de su conciencia. De ser así, ellos le ayudarán a encontrar a otra persona que cumplirá con sus deseos.

## Directivas anticipadas

### **TESTAMENTO VITAL**

Este formulario le permite poner por escrito los deseos sobre su atención médica. Usted puede decidir lo que desea recibir si estuviese demasiado enfermo para manifestar sus propios deseos. Usted puede manifestar cuando desearía o no recibir alimentos y suministro de agua en forma artificial.

#### **¿Cómo funciona un testamento vital?**

Un testamento vital estipula lo mucho que desea usar métodos de soporte vital para prolongar su vida. Entra en vigencia sólo cuando usted está:

- En un estado de coma que no se espera que termine, O
- Más allá de la ayuda médica sin esperanza de obtener mejoría y no puede dar a conocer sus deseos, O
- Se espera que fallezca y no puede dar a conocer sus deseos.

Las personas que le prestan servicios de atención médica deben cumplir con lo que usted menciona en su testamento vital. Un testamento vital les otorga a ellos el derecho de cumplir con sus propios deseos.

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

### **ORDEN DE NO REANIMAR**

Las regulaciones estatales ofrecen el protocolo de prestación de cuidados paliativos sin realizar acciones de reanimación (Do Not Resuscitate (DNR) Comfort Care and Comfort Care Arrest Protocol), para el paro cardíaco según se ha elaborado por el Departamento de salud de Ohio. La orden de no reanimar significa una instrucción expedida por un médico o, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante certificada o enfermera clínica especialista, que identifica a una persona y especifica que no debe administrarse Reanimación cardiopulmonar (RCP) a la persona así identificada. RCP significa reanimación cardíaca o un componente de reanimación cardiopulmonar, pero no incluye despejar las vías aéreas de una persona para un propósito diferente que como un componente de la RCP.

## Directivas anticipadas

El protocolo de prestación de cuidados paliativos sin realizar acciones de reanimación en caso de paro cardíaco (*DNR Comfort Care and Comfort Care Arrest Protocol*) enumera las acciones específicas que el personal paramédico, técnicos médicos de emergencia, médicos o enfermeras realizarán cuando traten a un paciente con una orden “*DNR Comfort Care o Comfort Care Arrest*”. El protocolo también enumera qué acciones específicas no deben realizarse.

Usted debería hablar con su médico sobre la orden de cuidado “*DNR Comfort Care and Comfort Care Arrest*” y las opciones del protocolo.

### PODER NOTARIAL DURADERO

El poder notarial duradero para atención médica es diferente de los otros tipos de poderes notariales. Este folleto habla sólo acerca de un poder notarial duradero para atención médica, no sobre otros tipos de poderes notariales.

El poder notarial duradero le permite seleccionar a una persona que cumplirá con sus deseos para su atención médica. La persona actúa en su nombre si usted no puede actuar por sí mismo. Esto podría ser por corto o largo tiempo.

#### ¿A quién debería seleccionar?

Usted puede seleccionar a cualquier persona adulta sea familiar o amigo en quien usted confía que actúe en su nombre cuando usted no puede actuar por sí mismo. Asegúrese de hablar con la persona sobre lo que usted desea. Luego escriba lo que desea y no desea en su formulario. También debería hablar con su médico sobre lo que usted desea. La persona que seleccione debe cumplir con sus deseos.

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

El formulario entra en vigencia solamente cuando usted no puede decidir su atención médica por sí mismo, ya sea por corto o largo tiempo.

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

- Si se encuentra en un estado de coma que no se espera que termine, O
- Si se espera que usted fallezca.

## Directivas anticipadas

### **DECLARACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL**

La declaración del tratamiento para la salud mental proporciona atención específica de tratamiento para la salud mental. Permite que una persona, mientras pueda, nombre a un apoderado para que tome decisiones en su nombre cuando él o ella carezca de la capacidad para tomar una decisión. Además, la declaración puede describir ciertos deseos con respecto al tratamiento. La persona puede indicar preferencias de medicamento y tratamiento, así como preferencias en cuanto a la admisión/retención en una instalación.

La Declaración de tratamiento para la salud mental reemplaza un Poder notarial duradero de atención médica para la salud mental, pero no reemplaza un testamento vital.

### **DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

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

Su testamento vital explica, por escrito, el tipo de atención médica que desea recibir si usted no puede hacer saber sus deseos.

Su Poder notarial duradero le permite seleccionar a una persona que cumpla con sus deseos de atención médica cuando usted ya no pueda decidir por sí mismo.

#### **Si tengo un Poder notarial duradero para atención médica, ¿necesito también un Testamento vital?**

Es posible que desee los dos. Cada uno aborda diferentes partes de su atención médica.

Su Testamento vital da a conocer sus deseos directamente a sus médicos, pero manifiesta sólo sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital.

Un Poder notarial duradero para atención médica autoriza a la persona que usted selecciona para que cumpla con sus deseos para toda su atención médica cuando usted ya no puede decidir por sí mismo. Un Poder notarial duradero para atención médica no reemplaza al Testamento vital.

## Directivas anticipadas

### ¿Puedo cambiar mi directiva anticipada?

Usted puede cambiar su directiva anticipada siempre que lo desee. Si ya tiene una directiva anticipada, asegúrese de que cumpla con la ley de Ohio (en vigencia desde el 10 de octubre de 1991). Es posible que desee comunicarse con un abogado para obtener ayuda. Es buena idea revisar sus directivas anticipadas de vez en cuando. Asegúrese de que aún expresan lo que usted desea y que cubren todas las áreas.

### Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién selecciona mi atención médica si yo no puedo hacerlo?

La ley de Ohio autoriza a su familiar más cercano para que seleccione su tratamiento médico si se espera que usted fallezca y no puede decidir por sí mismo. Si se encuentra en estado de coma que no se espera que termine, su familiar más cercano puede decidir suspender o no usar soporte vital después de 12 meses. Su familiar más cercano puede decidir también suspender o no usar alimentos y agua suministrados artificialmente (consulte abajo).

### OTROS TEMAS PARA REFLEXIONAR

#### ¿Qué acerca de suspender o no usar alimentos y agua suministrados artificialmente?

Alimentos y agua suministrados artificialmente significan nutrición suministrada mediante tubos colocados dentro de usted. Depende de su estado de salud si usted puede decidir suspender o no usarlos.

- **SI** se espera que fallezca y no puede dar a conocer sus deseos.  
Y su Testamento vital manifiesta que no desea métodos de soporte vital usados para prolongarle la vida,  
**EN ESE CASO** los alimentos y el agua suministrados artificialmente pueden ser suspendidos o no se usan.
- **SI** se espera que fallezca y no puede dar a conocer sus deseos,  
Y no tiene Testamento vital  
**EN ESE CASO** la ley de Ohio autoriza a que su familiar más cercano suspenda o no use alimentos y agua suministrados artificialmente.

## Directivas anticipadas

- **SI** se encuentra en un estado de coma que no se espera que termine, **Y** su Testamento vital manifiesta que no desea la administración de alimentos y agua suministrados artificialmente **EN ESE CASO** los alimentos y el agua suministrados artificialmente podrían ser suspendidos o no se usan.
- **SI** se encuentra en un estado de coma que no se espera que termine, **Y** no tiene Testamento vital, **EN ESE CASO** la ley de Ohio autoriza a que su familiar más cercano suspenda o no use alimentos y agua suministrados artificialmente. Sin embargo, él o ella debe esperar 12 meses y obtener la aprobación de un juzgado testamentario.

### **Al llenar una directiva anticipada, ¿participo en eutanasia o suicidio asistido?**

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

### **¿Dónde obtengo formularios de directivas anticipadas?**

Muchas de las personas y lugares que le proporcionan atención médica tienen formularios de directivas anticipadas. Pregunte a la persona que le proporcionó este folleto por un formulario de directiva anticipada, ya sea un Testamento vital, Poder notarial duradero para atención médica, una orden de no reanimar (DNR), o una declaración de tratamiento para la salud mental. Un abogado también podría ayudarlo.

### **¿Qué hago con mis formularios después de llenarlos?**

Usted debería entregar copias a su médico y a la instalación de atención médica para que las incluyan en su expediente médico. Entréguele una a un familiar o amigo de confianza. Si ha seleccionado a alguna persona en un Poder notarial duradero para atención médica, entréguele una copia a esa persona.

Guarde una copia con sus documentos personales. Podría entregar una copia a su abogado o a una persona del clero.

Asegúrese de informar a su familia o amigos sobre lo que ha hecho. No solamente guarde estos formularios y se olvide de ellos.

## Directivas anticipadas

### **DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

Las personas de Ohio pueden decidir si desean que sus órganos y tejidos sean donados a otras personas en caso de fallecer. Al dar a conocer sus preferencias, ellos pueden asegurarse que sus deseos se cumplirán inmediatamente y que sus familiares y seres queridos no se sentirán agobiados con la carga de tomar esta decisión en un momento que de por sí ya es difícil. Algunos ejemplos de órganos que pueden ser donados son corazón, pulmones, hígado, riñones y páncreas. Algunos ejemplos de tejidos que pueden ser donados son piel, hueso, ligamentos, venas y ojos.

Existen dos formas de registrarse para ser un donante de órganos y tejidos:

- Usted puede manifestar sus deseos de donación de órganos y tejidos al obtener o renovar su licencia de manejo de Ohio, o su Tarjeta de identificación estatal, o
- Puede llenar el Formulario de inscripción en el registro de donantes que se adjunta al Formulario del Testamento vital de Ohio, y devolverlo a la Oficina de vehículos a motor de Ohio.



4349 Easton Way, Suite 200  
Columbus, Ohio 43219

1-866-246-4358

TTY/TDD 1-800-750-0750

[BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com)