2024

Tufts Health Together
with CHA

Manual del Miembro

7519 112823

a Point32Health company

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

TUFTS Health Plan
a Point32Health company

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **888.257.1985**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Tufts Health Plan
Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166
Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]
Fax: 617.972.9048
Email: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Podemos brindarle información en otros formatos, tales como Braille y letras grandes y también en diferentes idiomas si lo solicita.

For no-cost translation in English, call **888.257.1985**.

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم **888.257.1985**.

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打 **888.257.1985**。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le **888.257.1985**.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die folgende Telefonnummer an: **888.257.1985**.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, καλέστε στο **888.257.1985**.

Haitian Creole Pou tradiksyon gratis nan Kreyòl Ayisyen, rele **888.257.1985**.

Igbo Maka ntụgharị asụsụ n'Igbo na akwụghị ụgwọ, kpọọ **888.257.1985**.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero **888.257.1985**.

Japanese 日本語の無料翻訳については **888.257.1985** に電話してください。

Khmer (Cambodian) **សម្រាប់សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 888.257.1985។**

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, **888.257.1985** 로 전화하십시오.

Kru Inyu yangua ndonõl ni Kru sébèl **888.257.1985**.

Laotian ສໍາລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.257.1985**.

Navajo Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' **888.257.1985**.

Persian **برای ترجمه رایگان به فارسی به شماره تلفن888.257.1985 زنگ بزنید.**

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer **888.257.1985**.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número **888.257.1985**.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру **888.257.1985**.

Spanish Para servicio de traducción gratuito en español, llame al **888.257.1985**.

Tagalog Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **888.257.1985**.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số **888.257.1985**.

Yorùbá Fún isẹ́ ògbùfọ̀ l'ọ́fẹ̀ ní Yorùbá, pe **888.257.1985**.

¡Bienvenido!

Con Tufts Health Plan, usted recibirá más de su plan de salud. Tiene acceso a miles de excelentes médicos que contratamos para brindarle atención de salud de alta calidad, representantes del Equipo de servicios para miembros amables y serviciales, e información en su propio idioma. Como Miembro de nuestro plan de salud, usted obtendrá todos los beneficios del Programa MassHealth, y EXTRAS adicionales.

Queremos que reciba el mayor provecho de su membresía. Este manual se le entrega para que comprenda lo que necesita saber sobre su plan de salud. Hemos dejado en mayúscula las palabras y los términos importantes en este Manual del miembro. Puede encontrar definiciones para cada uno de estos términos en el Glosario que comienza en la página 61.

Tufts Health Public Plans, Inc. tiene licencia como una organización de mantenimiento de la salud en Massachusetts, pero su nombre comercial es Tufts Health Plan.

Contáctenos

Teléfono: 888-257-1985 (TTY: 711), para personas con pérdida parcial o total de la audición), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. La llamada es gratuita.

Correo postal:

Tufts Health Plan
P.O. Box 524
Canton, MA 02021-1166

Sitio web: tuftshealthplan.com

Horario del Equipo de Servicios para Miembros

Un representante del Equipo de Servicios para Miembros puede ayudarlo con cualquier pregunta que pueda tener. Llámenos al 888-257-1985, (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. Puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, y le responderemos al siguiente día hábil.

Visítenos en la web

Vaya a tuftshealthplan.com para:

- Encontrar un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), Especialista o centro de salud cerca de usted
- Encontrar un Proveedor de salud conductual cerca de usted
- Encontrar formularios para ordenar uno o más de sus EXTRAS gratis
- Consulte nuestra biblioteca multimedia de salud y bienestar
- Registrarse en su portal para miembros.
    - Revise su plan médico en cualquier lugar, las 24 horas, los 7 días de la semana:
    - Verifique sus beneficios
    - Escoja o cambie su PCP
    - Confirme referidos y aprobaciones (autorizaciones)
    - Ver o imprimir su tarjeta de identificación de miembro
    - Actualice su información de contacto
    - Cree un registro médico personal y privado para almacenar información sobre usted
    - Envíenos un mensaje cuando sea conveniente para usted
- Obtenga información importante, como por ejemplo:
    - Cómo puede presentar una Queja o una Apelación
    - Cómo puede ejercer su derecho a solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) si denegamos una Apelación, así como otros derechos y responsabilidades
    - Cómo podemos ayudarlo a que reciba la mejor atención posible
    - Cómo podemos ayudarlo a recibir la atención adecuada en el lugar correcto (Administración de utilización) (Tome en cuenta lo siguiente: Nunca recompensamos a nuestro personal por rechazar la atención).

- Cómo usamos la información que sus Proveedores nos proporcionan para ponerlo en contacto con servicios que necesita a fin de ayudarlo a mejorar o mantenerlo lo más saludable posible (Revisión de utilización)
- Cómo podemos recopilar, usar y divulgar información sobre usted y su salud (su Información de salud protegida) de acuerdo con nuestra política de privacidad

- ¡Obtenga mucha más información!

Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine

Nuestra Línea de enfermería NurseLine está disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana para proporcionarle información de salud y apoyo general, incluyendo cualquier pregunta de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) que pueda tener. Puede llamar a la Línea de Enfermería, NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711).

Otros miembros de su grupo familiar podrían ser elegibles para MassHealth

Si otras personas en su hogar podrían ser elegibles para MassHealth, puede llamar al Servicio al cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto festivos.

Si se muda

Si se muda o cambia su número de teléfono, no se olvida de actualizar su información de contacto. Debe llamar a MassHealth y Tufts Health Plan para actualizar su dirección y número de teléfono. Esto se hace para ayudarnos a garantizar que usted reciba cualquier información importante sobre su atención a la salud. Además debe poner los apellidos de todos los miembros del plan de salud de su hogar en el buzón. Es posible que la oficina de correos no entregue la correspondencia de MassHealth o Tufts Health Plan a alguien cuyo nombre no aparece en el buzón. Para actualizar su información de contacto, llame a:

- Servicio al cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., y
- Llame al Equipo de servicios para Miembros del plan de salud al 888-257-1985 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., sin incluir días festivos.

Además, informe a MassHealth de cualquier cambio en sus ingresos, tamaño de la familia, estado de empleo o de discapacidad o si tiene seguros de salud adicionales.

Puede informarse sobre todas las opciones de planes de salud de MassHealth incluyendo Tufts Health Plan, llamando al Servicio al cliente al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Traducción y otros formatos

Si tiene alguna pregunta, necesita este documento traducido, necesita que alguien le lea esta u otra información impresa, desea más información sobre cualquiera de nuestras EXTRAS y beneficios, o si necesita acceso a Servicios cubiertos, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Podemos darle esta información en otros formatos, como Braille y tamaño de letra grande y distintos idiomas. Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción en hasta 200 idiomas. Todas las ayudas auxiliares y servicios de traducción están disponibles si se solicitan y son totalmente gratis para los Miembros.

Tabla de contenidos

Sus tarjetas de identificación 4
Su Tarjeta de identificación (ID) de Miembro del plan de salud 4
Su Tarjeta de identificación de MassHealth 4
Obtener la atención a la salud que necesita 4
Dónde obtener atención 4
Acceso a Servicios cubiertos 4
En una Emergencia 5
Situaciones de atención de urgencia 7
Servicios de hospital 7
Cuando no está en su hogar 7
Los Proveedores de su plan de salud 8
El Directorio de proveedores 8
Su PCP 8
Especialistas 10
Comunicación entre Proveedores 11
Obtención de una segunda opinión 11
Continuidad de la atención 11
Miembros nuevos 11
Miembros existentes 13
Autorización previa para servicios 13
Autorizaciones de servicios estándar 14
Autorizaciones de servicios expeditas (rápidas) 15
Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas 15
Servicios cubiertos 15
Servicios que cubrimos 15
Servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) 16
Servicios que cubre MassHealth 16
Servicios de atención preventiva para adultos de 21 años y más 17
Atención a la salud para niños 18
Medicamentos y productos cubiertos, programas de farmacia y autorizaciones previas 22
Programa de farmacia 22
Programa de terapia de pasos 24
Programa de farmacia de especialidad 25
Autorizaciones para farmacias (medicamentos y dispositivos médicos) 25
Si recibe una factura por un Servicio cubierto 26
Administración de utilización. 26
Pautas clínicas y criterios de revisión 26
Evaluación de medicamentos y procedimientos experimentales o de investigación 26
Estudios clínicos calificadores 27
Gestión de la atención 27
Programa de Socios comunitarios (CP) 27
Apoyo de salud y bienestar 28
Transición de la atención 29
Gestión de la Atención integrada (ICM) 30
Control de enfermedades 32
Servicios de Salud Comunitaria 33
Programa de servicios flexibles 34
Programas de maternidad 34
EXTRAS 34
Tarjeta de regalo para comprar asientos de seguridad para el automóvil 35
Recompensas por conductas saludables 35
Reembolso por acondicionamiento físico 36
Recompensas y ayuda para sus necesidades de atención médica 37
Renovación de sus beneficios 40
Fecha de entrada en vigor de la cobertura 40
Protección de sus beneficios 41
Fraude y uso indebido 41
Cancelación de la inscripción 41
Cancelación voluntaria de la inscripción 41
Cancelación de la inscripción debido a pérdida de Elegibilidad 41
Cancelación de la inscripción por causa 42
Sus derechos 42
Directivas anticipadas 43
Sus responsabilidades 44
Sus inquietudes 44
Consultas 44
Quejas 45
Apelaciones 47
¿Tiene preguntas o inquietudes? 51
Reclamos 52
My Ombudsman 52
Cuando tiene seguros adicionales 52
Coordinación de beneficios 53
Subrogación 53
Accidentes en vehículos motorizados o lesiones o enfermedades laborales 54
Cooperación entre Miembros 54
Nuestras responsabilidades 54
Tufts Health Plan Notificación de las políticas de privacidad 55
Paridad en la Salud Mental 60
Glosario 61
Anexo A: Lista de servicios cubiertos 70

Sus tarjetas de identificación

Su Tarjeta de identificación (ID) de Miembro del plan de salud

Todos los Miembros recibirán una Tarjeta de identificación de Miembro del plan de salud. Su tarjeta de ID de Miembro del plan de salud tiene información importante sobre usted y sus beneficios y le dice a los Proveedores y a los farmacéuticos que usted es un Miembro.

Asegúrese de que todos los datos de esta tarjeta son correctos. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su Tarjeta de identificación de Miembro del plan de salud, si pierde su Tarjeta de identificación de Miembro, o si no recibe su Tarjeta de identificación de Miembro, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. También puede imprimir una imagen de su tarjeta de identificación de miembro o solicitar una tarjeta de identificación a través del portal para miembros. Inicie sesión en tuftshealthplan.com.

Su Tarjeta de identificación de MassHealth

Como miembro de MassHealth, también recibirá una Tarjeta de identificación de MassHealth. Para obtener información acerca de su Tarjeta de identificación de MassHealth, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Su Tarjeta de identificación de MassHealth se ve así:

Importante: Recuerde llevar siempre su Tarjeta de identificación de Miembro del plan de salud y su Tarjeta de identificación de MassHealth para tenerlas cuando las necesite. Cuando reciba atención a la salud o retire un medicamento recetado muestre ambas tarjetas, la Tarjeta de identificación de Miembro del plan de salud y la Tarjeta de identificación de MassHealth.

Obtener la atención a la salud que necesita

Dónde obtener atención

Su plan de salud tiene una Red de Proveedores para asegurar que tenga acceso a los Servicios cubiertos.

Nuestros planes atienden a Miembros en diferentes condados y áreas de servicio en todo Massachusetts. Para una lista específica de los condados y áreas de servicio de su plan, llame al Servicio al cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711).

Cuando elija un Proveedor de atención primaria (PCP), puede elegir cualquier PCP dentro de la red que esté en su plan y se encuentre en la Región donde usted vive. Para obtener más información sobre nuestra Red, llame al Equipo de servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., sin incluir días festivos. Para obtener una lista completa de nuestros Proveedores, visite tuftshealthplan.com.

Acceso a Servicios cubiertos

Acceso a los Servicios cubiertos significa con qué prontitud debería poder recibir la atención que necesita basándose en su situación.

Atención sintomática significa la atención que recibe cuando está enfermo o lesionado.

Atención no sintomática, también llamada Atención preventiva, significa la atención que recibe cuando está bien como ayuda para mantenerse saludable.

Sus Proveedores pueden brindarle la atención que solicite dentro de los siguientes plazos:

Servicios médicos

- Atención de emergencia: de inmediato
- Atención de urgencia: en un plazo de 48 horas de haber solicitado una cita
- Atención primaria:
  - Atención sintomática no urgente: en un plazo de 10 días de haber solicitado una cita
  - Atención no sintomática de rutina: en un plazo de 45 días de haber solicitado una cita
- Atención de especialidades:
  - Atención sintomática no urgente: en un plazo de 30 días de haber solicitado una cita
  - Atención no sintomática de rutina: en un plazo de 60 días de haber solicitado una cita

Servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)

- Atención de emergencia: de inmediato
- Atención de urgencia: en un plazo de 48 horas de haber solicitado una cita
- Otros servicios: 14 días de haber solicitado una cita
- Para servicios descritos como plan de alta de Servicio de paciente hospitalizado o de servicios de distracción de 24 horas, debe recibir atención dentro de estos plazos:
- Para servicios de distracción que no sean de 24 horas: en un plazo de 2 días a partir del alta
- Para gestión de medicamentos: en un plazo de 14 días a partir del alta
- Para otros servicios ambulatorios en un plazo de 7 días a partir del alta
- Para servicios de Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC): en un plazo de 24 horas a partir del Referido, incluyendo auto referidos. Esto incluye ofrecer una entrevista presencial con la familia.

En una Emergencia

Una Emergencia es cuando usted considera que su vida o su salud están o estarían en peligro si no recibe atención inmediata.

Si considera que tiene una emergencia médica, tome medidas inmediatas:

- Llame al 911 o
- Vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato.

Para emergencias de salud conductual:

- Llame al 911 o
- Vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato o
- Llama a tu Centro comunitario de salud conductual local (CBHC)

Los CBHC proveen intervención en casos de crisis basada en la comunidad 24 horas al día, 7 días a la semana como una alternativa a los departamentos de emergencia. Para encontrar el CBHC más cercano a ti, llama o envía un mensaje de texto a la Línea de ayuda de salud conductual 24 horas al día, 7 días a la semana al 833-773-BHHL, así como en línea en masshelpline.com.

También puede encontrar una lista completa de salas de emergencia y Proveedores de ESP en Massachusetts en línea en tuftshealthplan.com, y en el Directorio de proveedores. Llámenos al 888-257-1985 para obtener una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores.

También asegúrese de:

- Traer sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth
- Informarle a su PCP y, si corresponde, a su Proveedor de salud conductual lo que sucedió dentro de 48 horas después de una Emergencia para recibir atención de seguimiento, si fuera necesario.

No necesita la aprobación de su Proveedor para recibir atención de emergencia. Tiene derecho a usar cualquier Hospital u otro entorno de Servicios de emergencia. Puede recibir atención de emergencia las 24 horas del día, 7 días a la semana, cuando está de viaje dentro de EE. UU. y sus territorios. También cubrimos transporte en ambulancia por motivos relacionados con una emergencia y Servicios de atención posteriores a la estabilización, que lo ayudan a mejorar después de una Emergencia.

Un Proveedor examinará y tratará sus necesidades de salud de emergencia antes de enviarlo a casa o trasladarlo a otro Hospital, si es necesario.

Ejemplos de Emergencias médicas:

- Dolor de pecho
- Sangrado que no se detiene
- Fracturas de huesos
- Convulsiones
- Mareos o desvanecimientos
- Intoxicación o sobredosis de drogas
- Accidentes graves
- Confusión repentina
- Quemaduras graves
- Dolores de cabeza intensos
- Dificultad para respirar
- Vómitos que no se detienen

Ejemplos de emergencias de salud conductual:

- Sentimientos violentos hacia usted o los demás
- Alucinaciones

Situaciones de atención de urgencia

Una situación de Atención de urgencia se produce cuando usted experimenta un problema de salud que necesita atención inmediata, pero no considera que se trate de una Emergencia. Podría experimentar un problema de salud que es grave pero que no pone en riesgo su vida ni presenta un riesgo de daño permanente para la salud. Su PCP o su Proveedor de salud conductual por lo general pueden atender estos problemas médicos o de Salud conductual.

En situaciones urgentes, llame a su PCP o Proveedor de salud conductual. Puede comunicarse con cualquiera de los consultorios de sus Proveedores, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

De ser necesario, haga una cita para ver a su proveedor. El proveedor debe atenderlo dentro de 48 horas en caso de citas de Atención de urgencia. Si su afección empeora antes de que usted vea a su PCP o a su Proveedor de salud conductual, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si tiene una preocupación de Salud conductual, también podría llamar a su proveedor del ESP local.

Cuando esté en su área de servicio, puede dirigirse a un centro de atención de urgencia (urgent care center, UCC) dentro de la red. También debería tratar de comunicarse con su PCP cuando vaya a un UCC. Para buscar un UCC en nuestra Red de proveedores, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia).

Servicios de hospital

Si necesita servicios hospitalarios para una afección que no es una Emergencia, pídale al Proveedor que lo ayude a obtener estos servicios. Si necesita servicios hospitalarios en caso de una Emergencia, no espere. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato.

Cuando no está en su hogar

Si está de viaje y necesita servicios de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana. Si necesita Atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP y siga las instrucciones de su Proveedor. Para otros problemas de atención a la salud de rutina, llame al PCP. Para problemas de Salud conductual de rutina, llame al Proveedor de Salud conductual. Si está fuera del Área de servicio, pero dentro de los EE. UU. o sus territorios, cubriremos solo atención de emergencia, Servicios de atención posteriores a la estabilización o Atención de urgencia. No cubriremos:

- Exámenes o tratamiento que no sean de emergencia que pidió su PCP, pero que usted decidió realizarse fuera del Área de servicio.
- Atención de rutina o de seguimiento que puede esperar hasta que vuelva al Área de servicio, como exámenes médicos, vacunas contra la gripe, extracción de puntos, orientación de Salud conductual.
- Atención que sabía que iba a recibir antes de salir del Área de servicio, como cirugía electiva.
- Servicios recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios.

Un Proveedor podría pedirle que pague por atención que reciba fuera de nuestra Área de servicio en el momento del servicio. Si paga por atención de emergencia, Servicios de atención posteriores a la estabilización o Atención de urgencia que recibe fuera de nuestra Área de servicio, puede pedirnos que le demos un reembolso, siempre y cuando haya recibido esos servicios dentro de los EE. UU. o sus territorios.

También puede llamar a nuestro Equipo de servicios para miembros al 888-257-1985 para obtener ayuda con cualquier factura que pueda recibir de un Proveedor.

Los Proveedores de su plan de salud

Para obtener información actualizada sobre los Proveedores, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia), o llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

El Directorio de proveedores

Nuestro Directorio de proveedores enumera los siguientes tipos de Proveedores por condado y ciudad:

- Centros de atención primaria
- Proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP)
- Hospitales
- Especialistas
- Proveedores de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)
- Centros de atención de urgencia

En nuestro Directorio de Proveedores, puede encontrar información importante del Proveedor como el nombre completo, dirección, el número de teléfono, el horario de atención, el acceso para discapacitados y los idiomas que se hablan.

Nuestro Directorio de proveedores incluye también todas las farmacias, establecimientos (como establecimientos de enfermería especializada), Proveedores auxiliares (como quiroprácticos o Servicios de cuidados paliativos), servicios de emergencia hospitalarios, Proveedores de salud conductual de Centro comunitario de salud conductual local (CBHCs) y distribuidores de equipo médico duradero — incluyendo andadores, sillas de ruedas, camas de hospital y equipo de oxígeno para el hogar — que están dentro de la red.

Si desea una copia de nuestro Directorio de proveedores, llámenos y solicite que le enviemos una. También podemos proporcionarle información sobre un Proveedor que no esté incluido en el Directorio de proveedores o información sobre los PCP y otros Proveedores enumerados en el Directorio de proveedores, como la especialidad de un Proveedor, las calificaciones profesionales, los nombres de cualquiera de las escuelas médicas o profesionales a las que asistió, el lugar donde realizó una residencia o capacitación, y para los médicos, el estado de la certificación de la junta. Llámenos al 888-257-1985. Con gusto lo ayudaremos.

Su PCP

Un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es el Proveedor que administra su atención. Puede elegir un médico, un enfermero profesional o un asistente médico certificado como su PCP.

Como Miembro, debe tener un PCP. El PCP es el Proveedor al que debe llamar por cualquier tipo de necesidad de atención a la salud, a menos que tenga una Emergencia. Puede llamar al consultorio del PCP las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si el PCP no está disponible, otra persona en el consultorio

de su PCP puede ayudarlo. Si tiene problemas para comunicarse con el PCP, llámenos al 888-257-1985. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, para asistirlo con cualquiera de sus preguntas. Consulte la página 1 para saber cómo ponerse en contacto con nosotros por teléfono, correo o internet.

Para encontrar un PCP y ver dónde está el consultorio del PCP, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia). También puede llamarnos al 888-257-1985 para que lo ayudemos a encontrar y elegir un PCP ubicado en la Región donde vive. Lo siguiente es lo que el PCP puede hacer por usted:

- Proporcionar controles y evaluaciones regulares, lo que incluye evaluaciones de Salud conductual
- Ayudarlo a obtener la atención a la salud que necesita
- Coordinar los exámenes, procedimientos de laboratorio o visitas al hospital necesarios
- Mantener su historia clínica
- Recomendar especialistas, cuando sea necesario
- Proveer información sobre los Servicios cubiertos que necesitan Autorización previa (permiso) antes de que reciba tratamiento
- Proporcionarle los Referidos que necesite antes de recibir tratamiento
- Escribir recetas, cuando sea necesario
- Ayudarlo en la obtención de servicios de Salud conductual cuando sea necesario

Asignación de PCP y del plan de salud

La ubicación del PCP que haya elegido determina el plan de salud al que pertenece. Su PCP pertenece a la Organización de atención responsable (ACO, por sus siglas en inglés) de Cambridge Health Alliance. Una ACO es un equipo de médicos y proveedores de atención médica liderados por su PCP. La misión del equipo es ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud y, al mismo tiempo, facilitarle la obtención de atención de alta calidad.

Si no desea permanecer con su PCP, siempre puede elegir un PCP diferente dentro la red de su ACO llamando al 888-257-1985 o usando nuestro portal para miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin. Puede elegir un PCP fuera de la red de su ACO durante el Período de selección de plan anual comunicándose con MassHealth.

Cómo recibir atención fuera del horario de atención

Hable con el PCP para saber cómo recibir atención fuera del horario de atención normal. Algunos PCP pueden tener un horario de atención prolongado. Si necesita Atención de urgencia fuera del horario normal de atención, llame al consultorio del PCP. Los PCP tienen Proveedores sustitutos que trabajan fuera del horario de atención. Si tiene algún problema para ver a su Proveedor, llámenos al 888-257-1985.

Puede ir a un centro de atención de urgencia (urgent care center, UCC) fuera del horario de atención. También debería tratar de comunicarse con su PCP cuando vaya a un UCC. Para encontrar un UCC en nuestra Red de proveedores, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia).

Puede recibir apoyo de salud gratis, como asesoramiento en asuntos de salud e información sobre síntomas, diagnósticos o tratamientos para ayudarlo a mantenerse saludable. El apoyo está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede llamar a nuestra Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine, si necesita ayuda para decidir si su enfermedad requiere atención de emergencia. Llame en cualquier momento al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711). Puede recibir ayuda en muchos idiomas. Recuerde, la Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine, no reemplaza a su PCP.

Especialistas

Los Especialistas son Proveedores que tienen capacitación adicional y que se concentran en un tipo de atención o en una parte del cuerpo.

Puede que a veces necesite consultar con un Especialista, como un cardiólogo (médico del corazón), un dermatólogo (médico de la piel) un oftalmólogo (médico de los ojos) o, para los servicios de Salud conductual, con un psicólogo, un psiquiatra, un consejero o un trabajador social. Para buscar un Especialista, hable con el PCP.

También puede llamarnos al 888-257-1985 o visitar tuftshealthplan.com y usar la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia) para buscar un Especialista. También incluimos Especialistas en nuestro Directorio de proveedores; llámenos para solicitar una copia. En primer lugar, debería analizar con el PCP su necesidad de consultar con un Especialista y después llamar al Especialista para programar una cita.

Referidos para visitas a especialistas

Antes de programar una cita para ver a un proveedor de atención a la salud por primera vez, hable con su Proveedor de atención primaria sobre permanecer dentro de la ACO. Si es un proveedor que está ayudando a un Miembro a buscar atención, asegúrese de referir al Miembro a la Red apropiada para su plan.

Un Referido es una notificación que nos envía su PCP que indica que puede recibir atención de un Proveedor distinto. Tiene acceso a proveedores adicionales cuando su ACO no tiene una especialidad en particular disponible, tiene una relación anterior con estos proveedores, no hay una cita disponible a tiempo para satisfacer sus necesidades médicas o su PCP considera que el Referido es lo mejor para usted. El Referido le permite al PCP guiar mejor la atención y los servicios que reciba de los Proveedores que vea. Además, es posible que se requiera una autorización previa para ciertos servicios. (Consulte la sección Autorización previa para servicios que comienza en la página 13).

No necesitará Referidos del PCP para los servicios de Salud Conductual ambulatorios, los servicios de atención de emergencia, los centros de atención de urgencia, los Servicios de atención posteriores a la estabilización, los Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth o para los servicios de obstetricia/ginecología

Consultar con un Especialista fuera de la red

El PCP debe solicitar y obtener una Autorización previa antes de que usted vea a una Especialista fuera de la red. Puede pedir al PCP que solicite Autorización previa. Si tienes preguntas, puedes llamar a nuestro equipo de servicios para miembros al 888-257-1985.

Puede consultar con un Especialista fuera de la red si:

- Un Proveedor dentro de la red participante no está disponible debido a la ubicación

- Un atraso para ver a un Proveedor dentro de la red, distinto a un atraso relacionado con el Miembro, tendría como consecuencia una interrupción en el acceso a servicios Médicamente necesarios.
- No hay un Proveedor dentro de la red participante con las calificaciones y la pericia que necesita para cubrir su necesidad de atención a la salud

No pague a un Proveedor fuera de la red si le factura por sus servicios cubiertos. El Proveedor debe facturar directamente a Tufts Health Plan. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros al 888-257-1985.

Consulte la sección “Continuidad de la atención” a continuación si califica para la Continuidad de la atención.

Comunicación entre Proveedores

Es buena idea que su Proveedor comparta información sobre su atención con otros Proveedores. Cuando hay más de un Proveedor involucrado en su atención, compartir información los ayuda a coordinar los servicios que recibe, lo que puede dar lugar a una mejor calidad de atención. Debe proporcionar permiso a los Proveedores para compartir su información. Su médico o terapeuta de Salud conductual puede hablar más con usted sobre qué Proveedores deberían recibir la información y responder cualquier pregunta que tenga antes de recibir su permiso.

Obtención de una segunda opinión

Nuestros Miembros pueden obtener una Segunda opinión de un Proveedor diferente sobre una afección médica o de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) o sobre un tratamiento y un plan de atención propuestos. Puede obtener una Segunda opinión sobre un problema o una inquietud médica por parte de un Proveedor dentro de la red sin Autorización previa. Pagaremos cualquier costo relacionado para que usted reciba una Segunda opinión de un Proveedor dentro de la red contratado o, con Autorización previa, de un proveedor que no forme parte de la Red de proveedores. Puede ver la lista más actualizada de los Proveedores dentro de la red en línea en tuftshealthplan.com. Llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, para obtener ayuda o más información sobre cómo escoger un Proveedor para recibir una Segunda opinión.

Continuidad de la atención

Miembros nuevos

Si es un nuevo Miembro de nuestro Plan, nos aseguraremos de que siga recibiendo toda la atención con la que cuente actualmente sin inconvenientes en la medida de lo posible. Si el Proveedor que está viendo no forma parte de nuestra Red, es posible que nuestra política de Continuidad de la atención pueda cubrir algunos de sus servicios de salud, incluidos los servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias). Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, puede continuar recibiendo atención de un Proveedor que no sea parte de nuestra Red. Debe llamar al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, y comunicarnos que desea seguir viendo a este Proveedor.

- Si está embarazada, puede seguir acudiendo a su proveedor actual de cuidados prenatales hasta que ocurra el parto y después para la atención posparto inmediata y para las citas de seguimiento durante las seis primeras semanas después del parto.

- Si está recibiendo atención médica para pacientes externos o cuidados para una enfermedad crónica o aguda (con un tratamiento como diálisis, servicios de salud a domicilio, quimioterapia o radioterapia), puede seguir visitando a su Proveedor hasta 30 días después de la inscripción.
- Si está recibiendo atención de salud conductual o para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos, puede seguir consultando a su proveedor hasta 90 días después de la inscripción.
- Si su PCP actual no es proveedor de nuestro plan de salud, puede seguir acudiendo a este hasta 30 días después de la inscripción.
- Si tiene una enfermedad terminal, necesidades importantes de atención a la salud o una afección médica compleja, incluyendo una enfermedad mental grave o persistente, es posible que se le permita seguir viendo a su Proveedor.
- Si está recibiendo atención para pacientes internados (médica o de Salud conductual o trastorno por consumo de sustancias) de un hospital al momento de su inscripción, puede continuar recibiendo la atención hasta el alta siempre que los servicios proporcionados sean Médicamente necesarios.
- Si está recibiendo activamente servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés) para el trastorno del espectro autista (TEA) o servicios de Intervención Conductual Intensiva Temprana y tiene una autorización previa vigente para dichos servicios, puede seguir recibiendo estos servicios durante 90 días después de la inscripción.
- Si tiene una receta existente, proporcionaremos la reposición recetada de sus medicamentos, a menos que esta receta requiera Autorización previa. Si se requiere Autorización previa, proporcionaremos medicamentos para 72 horas mientras su Proveedor nos envía la información que nos permita aprobar la Autorización previa.
- Si, al momento de su inscripción, estaba recibiendo los siguientes servicios autorizados por MassHealth, por una Organización de Atención Administrada contratada por MassHealth, por un Plan de Atención Compartida Responsable de MassHealth o por una aseguradora comercial, puede continuar recibiendo estos servicios durante 30 días después de la inscripción. Estos incluyen lo siguiente:
    - Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)
    - Productos prostésicos, ortopédicos y suministros (prosthetics, orthotics and supplies, POS)
    - Fisioterapia (physical therapy, PT), terapia ocupacional (occupational therapy, OT) o terapia del habla (speech therapy, ST)
    - Cirugías programadas
    - Servicios de especialidad fuera del área
    - Admisiones en residencias para adultos mayores

Recuerde que es importante que se comunique con nosotros si desea obtener un tratamiento continuado como se detalla anteriormente. Después de que el período específico de Continuidad de la atención finalice, puede continuar recibiendo atención o tratamiento con un Proveedor dentro de la red. Para elegir un nuevo Proveedor, llámenos al 888-257-1985.

Le permitiremos recibir un tratamiento continuado por parte de un Proveedor fuera de la red únicamente si el Proveedor acepta nuestros términos relacionados con el pago, la calidad, los Referidos y otras políticas y procedimientos.

Miembros existentes

Si se cancela la inscripción en la Red de su PCP o de otro Proveedor por motivos que no tienen relación con la calidad de la atención o el Fraude, o si el PCP o Proveedor ya no ejerce, haremos todo lo posible para informárselo al menos 30 días antes de la cancelación de la inscripción. Cuando sea posible, puede que tengamos la posibilidad de seguir cubriendo algunos de sus servicios de atención a la salud según nuestra política de Continuidad de la atención, con la condición de que alguna de las siguientes condiciones se aplique a su caso. Si califica, debe llamarnos al 888-257-1985 y comunicarnos que desea seguir viendo a este Proveedor.

- Si está embarazada, puede seguir acudiendo a su proveedor actual de cuidados prenatales hasta que ocurra el parto y después para la atención posparto inmediata y para las citas de seguimiento durante las seis primeras semanas después del parto.
- Si está recibiendo atención médica para pacientes externos o cuidados para una enfermedad crónica o aguda (con un tratamiento como diálisis, servicios de salud a domicilio, quimioterapia o radioterapia), puede seguir visitando a su Proveedor hasta 90 días después de que le comuniquemos que ya no es parte de nuestra Red (el período que sea más corto).
- Puede seguir visitando a su PCP durante un máximo de 30 días después de que el PCP cancele su inscripción.
- Si tiene una enfermedad terminal, necesidades importantes de atención a la salud o una afección médica compleja, incluyendo una enfermedad mental grave o persistente, puede que le permitan seguir viendo a su Proveedor durante al menos 30 días.

Le permitiremos recibir un tratamiento continuado por parte de un Proveedor fuera de la red únicamente si el Proveedor acepta nuestros términos relacionados con el pago, la calidad, los Referidos y otras políticas y procedimientos.

Autorización previa para servicios

Su proveedor de atención primaria (PCP) trabaja con sus demás Proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Para algunos servicios, su PCP u otro Proveedor deberán pedirnos autorización previa (permiso) antes de enviarlo para que reciba dichos servicios. Consulte su *Lista de servicios cubiertos* en el Apéndice A de este Manual del miembro para obtener más detalles sobre los servicios que necesitan autorización previa.

Su PCP u otro Proveedor nos pedirán una Autorización previa cuando usted necesite un servicio o necesite recibir atención de un Proveedor que requiera aprobación previa. Para estas solicitudes, decidiremos si el servicio es Médicamente necesario y comprobaremos si contamos con un Proveedor dentro de la red calificado que pueda proporcionarle el servicio en cambio. Si no contamos con un Proveedor dentro de la red que pueda tratar su afección de la salud, autorizaremos que vea a un Proveedor fuera de la red. Para obtener la lista más actualizada de todos nuestros Proveedores dentro de la red, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia).

Los siguientes servicios nunca requieren Autorización previa:

- Servicios de atención de emergencia
- Centros de atención de urgencia
- Servicios de atención posteriores a la estabilización
- Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth
- Orientación de Salud conductual (salud mental) ambulatorias dentro de la red
- Psicoterapia grupal ambulatoria
- Consultas por trastorno por consumo de sustancias
    - Servicios de tratamiento agudo – Nivel 3.7
    - Servicios de estabilización clínica – Nivel 3.5
    - Tratamiento ambulatorio estructurado de adicciones
    - Hospitalización parcial - Nivel 2.5
    - Servicios de tratamiento agudo mejorado/Tratamiento agudo con diagnóstico dual
    - Psicoterapia ambulatoria para tratamiento por consumo de sustancias

Si se hace Miembro al cambiarse desde otro plan de MassHealth, y ya había comenzado un tratamiento (como atención por maternidad en curso) con un Proveedor que no tiene un contrato con nosotros, revisaremos ese tratamiento y podríamos aprobar su tratamiento continuado por parte del mismo Proveedor. Para obtener más información, consulte la sección “Continuidad de la atención” en la página 11.

Autorizaciones de servicios estándar

Tomamos decisiones de autorización de servicios estándar tan pronto como su afección de la salud lo requiera, pero en un plazo de no más de 14 días después de que recibimos la solicitud. Usted, su Representante designado, si identifica uno, su Proveedor o nosotros podemos prolongar este plazo con 14 días adicionales si:

- Usted, su Representante designado o su Proveedor solicitan una extensión o
- Podemos demostrar que la extensión es conveniente para usted, necesitamos más información, creemos que tendremos la información dentro de 14 días y consideramos que la información permitiría aprobar la solicitud.

Si decidimos prolongar el plazo de 14 días, le enviaremos una carta explicando el motivo. También le informaremos sobre su derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre prolongar el plazo. Si no actuamos dentro de estos plazos, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna.

Autorizaciones de servicios expeditas (rápidas)

Su Proveedor puede solicitar una decisión de autorización expedita (rápida) para servicios si tomarse el tiempo para una decisión de autorización estándar podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad de obtener, mantener o recuperar su función al máximo. Tomamos decisiones sobre autorizaciones expeditas tan pronto como su salud lo requiera y no más de 72 horas después de recibir la solicitud de servicio expedita. Usted, su Representante designado, su Proveedor o nosotros podemos prolongar este plazo con 14 días adicionales si:

- Usted, su Representante designado o su Proveedor solicitan una extensión o
- Podemos demostrar que la extensión es conveniente para usted, necesitamos más información, creemos que tendremos la información dentro de 14 días y consideramos que la información permitiría aprobar la solicitud.

Si decidimos prolongar el plazo de 72 horas, le enviaremos una carta explicando el motivo. También le informaremos sobre su derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre prolongar el plazo. Si no actuamos dentro de estos plazos, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna.

Para obtener detalles sobre la solicitud de una Apelación interna o la presentación de una Queja, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44.

Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas

Una vez que revisemos la solicitud de servicios, se lo comunicaremos a su Proveedor. Si autorizamos los servicios, le enviaremos una carta de autorización a su Proveedor que describirá los servicios que aceptamos cubrir. El Proveedor que proporcione los servicios debe tener esta carta de autorización antes de que usted reciba los servicios que requieran una autorización. Su Proveedor nos solicitará una autorización adicional si usted necesita otros servicios además de los que hemos autorizado. Si aprobamos la solicitud de servicios adicionales, le enviaremos al Proveedor otra carta de autorización de servicios.

Si no autorizamos ninguno de los servicios solicitados, autorizamos solo algunos de los servicios solicitados o no autorizamos el monto total, la duración o el alcance de los servicios solicitados, le enviaremos a usted, a su Representante designado y a su Proveedor una carta de rechazo. No pagaremos por ningún servicio no autorizado. Si firma una exención válida con un proveedor por servicios no autorizados, es posible que deba hacerse cargo del pago. También le enviaremos a usted, a su Representante designado y a su Proveedor una notificación si decidimos reducir, suspender o detener los servicios autorizados previamente. Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna. Para obtener detalles sobre la solicitud de una Apelación interna, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44.

Servicios cubiertos

Servicios que cubrimos

Como Miembro nuestro, recibe algunos servicios de nosotros y otros servicios de MassHealth, pero nosotros coordinamos todos los Servicios cubiertos y los beneficios para usted. Los servicios que recibe de nosotros directamente incluyen todos los Servicios cubiertos y los beneficios enumerados en la Lista de servicios cubiertos para los planes de MassHealth Standard/CommonHealth, Family Assistance o CarePlus. Puede

comenzar a recibir los Servicios cubiertos a partir de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de su inscripción. Consulte la Lista de servicios cubiertos para obtener detalles, incluyendo los requisitos de la Autorización previa para Miembros. Tome en cuenta lo siguiente: Los beneficios están sujetos a cambios; visite tuftshealthplan.com para obtener la información más actualizada. Si tiene alguna pregunta o desea saber más sobre nuestros beneficios o Servicios cubiertos, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. Podemos proporcionarle información en otros formatos, como en Braille, en un tamaño de letra grande y en distintos idiomas. Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción en 200 idiomas. Todos los servicios de traducción son gratis para los Miembros.

Asegúrese de mostrar siempre sus tarjetas de identificación de Miembro de su plan de salud y de MassHealth cuando reciba servicios de atención a la salud. Puede recibir servicios de emergencia de cualquier Proveedor de servicios de emergencia. Puede recibir Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth No se requiere Autorización previa para la mayoría de los Servicios cubiertos, incluyendo la atención a la salud de emergencia, los Servicios de atención posteriores a la estabilización, los Servicios de planificación familiar, orientación de Salud conductual (salud mental) ambulatorias dentro de la red. Consulte la Lista de servicios cubiertos para obtener detalles sobre los servicios que pueden requerir Autorización previa para los Miembros de los planes MassHealth Standard/CommonHealth, Family Assistance o CarePlus. Tomaremos una decisión basada en si necesita los servicios y si los recibirá en el lugar correcto.

Servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)

Tenemos diferentes niveles de servicios de Salud conductual, basados en su necesidad, en qué tipo de servicios y cuántos servicios necesita, o en cualquier afección médica que pueda tener. En su Lista de servicios cubiertos puede encontrar una lista completa de estos servicios (incluyendo servicios de paciente hospitalizado, ambulatorios, para trastorno por consumo de sustancias y servicios de distracción). Siempre y cuando consulte a un Proveedor dentro de la red, no necesita Autorización previa para cualquier visita ambulatoria de orientación/terapia por trastorno por consumo de sustancias, visitas de terapia/orientación en grupo o orientación de Salud conductual (trastorno que no sea por consumo de sustancias) de la red. Puede encontrar una lista de Proveedores que pueden ayudarlo a obtener estos servicios en tuftshealthplan.com.

Si necesita ayuda para encontrar a un Proveedor de Salud conductual, llámenos al 888-257-1985.

A cualquier hora, si está teniendo una Emergencias de Salud conductual, llame al 911, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llama a tu Centro comunitario de salud conductual local (CBHC). Para obtener una lista completa de las salas de emergencias y los CBHCs en todo el estado, llámenos al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com. Para encontrar el CBHC más cercano a ti, llama o envía un mensaje de texto a la Línea de ayuda de salud conductual 24 horas al día, 7 días a la semana al 833-773-BHHL, así como en línea en masshelpline.com. Cada llamada, mensaje de texto o conversación de chat incluirá un seguimiento clínico.

Servicios que cubre MassHealth

Como beneficio de MassHealth, podría ser elegible para recibir Servicios cubiertos de una Organización de atención sin responsabilidad/Organización de atención administrada, como un Auxiliar de atención personal (Personal Care Attendant, PCA) o Servicios de asistencia para actividades diarias. Lo ayudaremos a acceder a estos servicios mediante educación y coordinación de esfuerzos si nos llama al 888-257-1985, o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711).

Consulte la Lista de servicios cubiertos para obtener detalles sobre los servicios que cubre MassHealth o conocer sus limitaciones para los miembros de los planes MassHealth Standard/CommonHealth, Family Assistance o CarePlus.

Como beneficio de MassHealth, podría ser elegible para recibir ayuda con transporte que no sea de emergencia para asistir a visitas de atención a la salud. Tome en cuenta lo siguiente: El transporte que no sea de emergencia debe ser para un radio de 50 millas dentro de la frontera estatal de Massachusetts. Ayudamos a coordinar este servicios con MassHealth para usted. Para obtener ayuda para programar transporte que no sea de emergencia para el que pueda calificar, debe:

- Tener una cita para un servicio Médicamente necesario y
- Ver a un Proveedor de MassHealth.

Además, debe:

- Tener una razón médica por la que no pueda usar el transporte público o
- No poder acceder al transporte público o
- No tener a nadie que pueda llevarlo a la cita.

Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no sea de emergencia para los que pueda ser elegible, llámenos al 888-257-1985. Asegúrese de llamarnos con la mayor anticipación posible a su cita para que podamos ayudarlo de la mejor manera.

Servicios de atención preventiva para adultos de 21 años y más

Debe visitar a su Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para obtener Atención preventiva, también conocida como Atención no sintomática. Entre los ejemplos de Atención preventiva para adultos de 21 años y más, se incluyen los siguientes:

- Controles: de una vez al año a cada tres años
- Controles de presión arterial: al menos cada dos años
- Evaluación de colesterol: cada cinco años
- Exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou (para mujeres): la primera prueba de Papanicolaou y el primer examen pélvico deben realizarse tres años después de la primera relación sexual o a los 21 años y continuar de una vez al año a cada tres años dependiendo de los factores de riesgo
- Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografías): todos los años después de cumplir 40 años
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal: cada 10 años, a partir de los 50 años
- Vacuna contra la gripe: todos los años
- Exámenes de la vista: una vez cada 24 meses
- Dental: llámenos para consultar sobre su cobertura dental específica

Atención a la salud para niños

Atención preventiva y de niño sano para todos los niños

Los servicios de diagnóstico son exámenes y procedimiento que un médico realiza o solicita que le realicen (como radiografías y análisis de laboratorio) para saber por qué está enfermo o siente dolor.

Es importante que los niños, adolescentes y adultos jóvenes asistan a controles regulares con el PCP para que puedan mantenerse saludables. Los hijos menores de 21 años deben asistir a controles con el PCP al menos una vez al año, incluso si se encuentran bien. En un control de niño sano, el PCP de su hijo revisará el desarrollo, la salud, la visión, la salud dental, la audición, la salud conductual y la necesidad de vacunas de su hijo.

Pagamos al PCP de su hijo por los controles de niño sano, así que asegúrese de programarlos. En estos controles, el PCP de su hijo puede encontrar y tratar problemas pequeños antes de que se conviertan en problemas grandes.

Estas son las edades en las que se debe llevar a un niño a que le realicen exámenes físicos completos y evaluaciones:

- Entre la primera y la segunda semana de vida
- Al mes
- A los dos meses
- A los cuatro meses
- A los seis meses
- A los nueve meses
- A los 12 meses
- A los 15 meses
- A los 18 meses
- De los 2 a los 20 años, los niños deben visitar a su PCP una vez al año

Los niños también deben visitar al PCP siempre que le preocupe alguna necesidad médica, emocional o de Salud conductual, incluso si no es el momento de un control regular.

MassHealth exige que los PCP y los enfermeros ofrezcan usar herramientas de evaluación estandarizadas, aprobadas por MassHealth, durante las visitas de niño sano para comprobar si el niño tiene alguna necesidad de Salud conductual. Las herramientas de evaluación son cuestionarios cortos o listas de verificación que un padre o niño (dependiendo de la edad del niño) llena y luego revisa con el PCP o enfermero.

El PCP hablará sobre la evaluación completa con usted. La evaluación los ayudará a usted y a su Proveedor a decidir si su hijo puede necesitar evaluaciones adicionales de un Proveedor de salud conductual o de otro profesional médico. Si usted, su médico o enfermero consideran que su hijo necesita ver a un Proveedor de salud conductual, llámenos al 888-257-1985. Podemos brindarle información y ayuda.

Servicios de examen periódico, diagnóstico y tratamiento tempranos (EPSDT)/ Evaluación y diagnóstico de atención a la salud pediátrica preventiva (Preventive Pediatric Healthcare Screening and Diagnosis, PPHSD)

Los servicios de EPSDT/PPHSD incluyen atención a la salud, detección, diagnóstico, tratamiento y otra atención que usted o su hijo necesiten para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones mentales y físicas. Si usted o su hijo son menores de 21 años y un PCP descubre una afección de salud o de salud conductual, pagaremos todos los tratamientos Médicamente necesarios que la ley federal de Medicaid

cubre, incluso si los servicios no se encuentran en su Lista de servicios cubiertos. El tratamiento debe ser proporcionado por un Proveedor que esté calificado y dispuesto a proporcionar los servicios, y el Proveedor debe comunicarnos por escrito que los servicios son Médicamente necesarios. Usted y su PCP pueden solicitar ayuda sobre cómo encontrar un Proveedor dentro de la red que le brinde estos servicios o cómo usar Proveedores fuera de la red, si es necesario.

Consulte los servicios que cubrimos en su *Lista de servicios cubiertos*. Si no cubrimos los servicios de tratamiento que necesita, o si la Lista de servicios cubiertos no incluye los servicios, el Proveedor que brinde los servicios de tratamiento puede solicitarnos una Autorización previa. Pagaremos los servicios de tratamiento si aceptamos que los servicios son Médicamente necesarios y proporcionamos una Autorización previa.

Si no aprobamos la solicitud para la Autorización previa, usted tiene derecho a apelar. Para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44. Hable con el PCP, el Proveedor de salud conductual u otro Especialista de su hijo para recibir ayuda con la obtención de estos servicios.

Nota: "EPSDT" es el nombre de los servicios para los miembros inscritos en MassHealth Standard/CommonHealth. "PPHSD" es el nombre que reciben los miembros inscritos en MassHealth Family Assistance. No hay diferencia en el alcance de los servicios ni en los requisitos legales entre ambos.

Servicios de Salud conductual para niños

El Proveedor de salud conductual de su hijo hará una evaluación de Salud conductual, incluyendo el uso de la herramienta sobre Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS). La Herramienta sobre CANS les da a los Proveedores de salud conductual una forma estandarizada de organizar la información durante las evaluaciones clínicas de Salud conductual para Miembros menores de 21 años y durante el proceso de planificación del alta para servicios de hospitalización psiquiátrica y tratamiento agudo basado en la comunidad.

El Proveedor de salud conductual de su hijo usará la Herramienta sobre CANS durante una evaluación inicial —y al menos cada 180 días después de eso— mientras revisa el plan de tratamiento de su hijo en relación con:

- Terapia ambulatoria (evaluaciones diagnósticas, individual, familiar y grupal)
- Servicios de terapia en el hogar
- Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC)

El Proveedor de salud conductual de su hijo también completará la Herramienta sobre CANS durante el proceso de planificación del alta en los siguientes servicios de atención con un nivel de disponibilidad de 24 horas:

- Hospitalizaciones psiquiátricas en Hospitales para casos agudos, Hospitales psiquiátricos y Hospitales para pacientes crónicos y en rehabilitación
- Tratamiento agudo basado en la comunidad (community-based acute treatment, CBAT) y tratamiento agudo basado en la comunidad intensivo (intensive community-based acute treatment, ICBAT)

Para obtener más información sobre cómo obtener servicios de Salud conductual o encontrar un Proveedor de salud conductual, puede hablar con su PCP o llamarnos al 888-257-1985. También puede encontrar esta información en nuestro Directorio de proveedores y usando la herramienta Find a Doctor, Hospital or Pharmacy (Buscar un médico, hospital o farmacia) en tuftshealthplan.com.

Iniciativa de Salud Conductual para Niños (Children's Behavioral Health Initiative, CBHI)

La CBHI es una iniciativa estatal para asegurarse de que los Miembros, incluidos los niños y jóvenes menores de 21 años con necesidades importantes de salud conductual, emocional y mental, reciban los servicios necesarios para estar bien en su hogar, en la escuela y en la comunidad.

Como parte de la CBHI, el estado ha expandido los servicios de Salud conductual para ciertos niños y jóvenes menores de 21 años para que incluyan, cuando sea Médicamente necesario, servicios basados en el hogar y la comunidad, como:

- Intervención móvil en caso de crisis
- Terapia en el hogar
- Servicios conductuales a domicilio
- Apoyo y capacitación familiar
- Asesoría terapéutica
- Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC)

Una red de la CBHI ofrece ICC y apoyo familiar y servicios de capacitación para los jóvenes elegibles de MassHealth con trastornos emocionales graves (serious emotional disturbance, SED) y sus familias/cuidadores. Existen 32 agencias en todo el estado que coordinan los servicios de la CBHI, conocidas como Agencias de Servicio de la Comunidad (Community Service Agencies, CSA). Para obtener más información sobre los servicios de la CBHI o para encontrar una CSA, puede hablar con su PCP o llamarnos al 888-257-1985.

También puede encontrar esta información en tuftshealthplan.com y en nuestro Directorio de proveedores. Su hijo también es elegible para una gama completa de servicios de Salud conductual, que incluye:

- Terapia individual, grupal o familiar
- Atención hospitalaria parcial, que consiste en que su hijo recibe algunos servicios en un hospital, pero aún vive en su hogar
- Atención para pacientes hospitalizados

Para obtener más información, llámenos al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com.

Atención dental para niños

MassHealth paga los servicios de salud dental, como evaluaciones y limpiezas, para los niños menores de 21 años. El PCP de su niño hará un examen dental en cada control de niño sano hasta que su hijo cumpla 3 años de edad. Después de que su hijo cumpla 3 años, el PCP de su hijo le indicará que comience a llevar a su hijo al dentista. Si su hijo es menor de 3 años y el PCP considera que hay problemas, el PCP podría sugerir que lleve al niño al dentista antes.

Cuando su hijo vaya al dentista, se le realizará un examen dental competo, limpieza dental y tratamiento con flúor. Asegúrese de que su hijo reciba:

- Un control dental cada seis meses, comenzando a más tardar a los 3 años
- Una limpieza dental cada seis meses, comenzando a más tardar a los 3 años
- Otros tratamientos dentales que necesite, incluso antes de los 3 años, si el PCP o dentista de su hijo encuentra problemas en los dientes o la salud oral de su hijo

Se recomienda barniz de flúor cada seis meses desde que sale el primer diente (generalmente a los seis meses) hasta que el niño cumple seis años. Este servicio está destinado principalmente a niños de 0 a 6 años, pero puede estar cubierto hasta los 21 años. Los médicos, asistentes médicos, enfermeros profesionales, enfermeros licenciados y profesionales de enfermería certificados pueden aplicar el barniz de flúor.

Los niños menores de 21 años e inscritos en los planes MassHealth Standard o CommonHealth pueden recibir todo el tratamiento Médicamente necesario que esté cubierto según la ley de Medicaid, incluyendo tratamiento dental, incluso si MassHealth no cubre el servicio.

Los niños menores de 21 años e inscritos en MassHealth Family Assistance pueden recibir todos los servicios Médicamente necesarios cubiertos por su tipo de cobertura, incluyendo el tratamiento dental. Hable con el PCP o dentista de su hijo para recibir ayuda con la obtención de estos servicios. Los niños pueden ver a cualquier dentista de MassHealth. Los niños pueden consultar con un dentista antes de los 3 años.

Servicios de intervención temprana

La Intervención Temprana (EI por sus siglas en inglés) es un programa para niños menores de 3 años que presentan retrasos del desarrollo o corren el riesgo de padecerlos. Los servicios de EI ofrecen actividades personalizadas y adecuadas al desarrollo dentro de la vida cotidiana del niño y su familia.

Los niños menores de 3 años pueden recibir los servicios por parte de un programa de intervención temprana a través de nuestro plan de salud. Su hijo puede recibir estos servicios en el hogar o en un centro de intervención temprana. El personal del programa de Intervención Temprana incluye enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o terapeutas del habla y el lenguaje, psicólogos y trabajadores sociales.

Hable con el PCP de su hijo lo antes posible si cree que su hijo tiene problemas de crecimiento o desarrollo. También puede comunicarse con su programa de intervención temprana local de manera directa.

Servicios para trastorno del espectro autista en niños

Los niños menores de 21 años diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA) y que cuenten con MassHealth Standard o CommonHealth tienen cobertura para el análisis conductual aplicado (applied behavioral analysis, ABA). Los niños menores de 19 años diagnosticados con TEA y que cuenten con MassHealth Family Assistance también tienen cobertura para el ABA.

Existe un equipo que brinda los servicios de ABA. Uno de los miembros del equipo es analista conductual licenciado. El analista controla la conducta del niño y elabora un plan para ayudar a disminuir los problemas de conducta. El equipo también incluye un técnico/ayudante en conducta que contribuye con el niño y el cuidador para la implementación del plan. El equipo trabaja estrechamente con las personas que forman parte de la vida del niño, como los cuidadores, los maestros de la escuela y otros Proveedores.

Servicios para niños bajo el cuidado o la custodia del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF)

Si un niño se encuentra bajo la custodia del DCF o fue retirado de su hogar mediante un Acuerdo voluntario de colocación (Voluntary Placement Agreement), una decisión de Niños en Necesidad de Servicios (Child in Need of Services, CHINS) o por cualquier otra custodia determinada por un tribunal, se exige que se realice al niño una evaluación de atención a la salud en un plazo de 7 días y un examen médico completo en un plazo de 30 días de encontrarse bajo la custodia del DCF o en una colocación fuera del hogar, a menos que los servicios de EPSDT programen llamados para un plazo más cercano. Cuando sea posible, el PCP del niño debe realizar la evaluación y el examen. Es importante comunicarse con el PCP tan pronto como el niño se encuentre bajo la custodia del DCF o en una colocación fuera del hogar para recibir estos servicios en el plazo requerido. Si el PCP no brinda la atención dentro de estos plazos, puede solicitar una Apelación interna. Describimos el proceso de Apelación interna en la sección “Sus inquietudes” en la página 44.

Medicamentos y productos cubiertos, programas de farmacia y autorizaciones previas

Consulte la Lista de servicios cubiertos para obtener información sobre los copagos.

Programa de farmacia

Buscamos brindar opciones de alta calidad y económicas para terapias con medicamentos. Trabajamos con sus Proveedores y farmacéuticos para asegurarnos de cubrir los medicamentos más importantes y útiles y los dispositivos médicos para muchas afecciones y enfermedades diferentes. También cubrimos algunos medicamentos de venta libre (OTC) si tu médico escribe una receta y esta se surte en una farmacia, así como productos de farmacia no relacionados con medicamentos que figuran en la Lista de Productos No Relacionados Con Medicamentos de MassHealth. Consulte las listas de medicamentos de MassHealth para comprobar los medicamentos y productos cubiertos en https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos, dispositivos médicos y recetas. Algunos medicamentos y dispositivos médicos deben cumplir con ciertas pautas clínicas antes de que podamos cubrirlos. El Proveedor debe pedirnos una Autorización previa antes de que podamos cubrir uno de estos medicamentos o dispositivos médicos. Consulte la sección “Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos” que sigue a continuación.

Tus medicamentos cubiertos pueden estar sujetos a copagos, pero una farmacia no puede negarse a surtir ese medicamento si no puedes pagar ese copago. No debes pagar a la farmacia el precio o el costo total del medicamento para tus medicamentos cubiertos, a menos que el medicamento no esté cubierto debido a que la farmacia haya verificado que no cumples con los requisitos para la cobertura (ya no eres miembro) o el medicamento se haya considerado como no médicamente necesario.

Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos

Algunos medicamentos y dispositivos médicos requieren Autorización previa, lo que significa que el Proveedor debe solicitar nuestra aprobación antes de que podamos cubrir el medicamento. Uno de nuestros médicos revisará esta solicitud. Cubriremos el medicamento o dispositivo médico de acuerdo con nuestras pautas clínicas si:

- Existe una razón médica por la que necesita el medicamento o dispositivo médico particular.

- Según el medicamento o dispositivo médico, otros medicamentos o dispositivos médicos indicados en la Lista de Medicamentos de MassHealth no funcionaron

Prevemos un suministro de emergencia de 72 horas para que la farmacia surta su receta en lo que su médico nos presenta su solicitud. Si necesita un suministro de emergencia, platíquelo con su farmacéutico.

Si no aprobamos la solicitud para la Autorización previa, usted o su Representante designado, si identifica uno, pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44 para obtener información sobre Quejas y Apelaciones. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

Exclusiones

No cubrimos determinados medicamentos y dispositivos médicos. Si es Médicamente necesario que tome un medicamento o use un dispositivo médico que no cubrimos, su Proveedor debe solicitar y obtener una Autorización previa antes de que cubramos el medicamento o el dispositivo médico. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Si no aprobamos la solicitud para la Autorización previa, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44 para obtener información sobre Quejas y Apelaciones. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

No cubrimos:

- Medicamentos que se usan para fines estéticos o crecimiento del cabello, a menos que sean médicamente necesarias
- Medicamentos para la tos y el resfriado**
- Medicamentos para la infertilidad**
- Medicamentos usados para la disfunción sexual masculina o femenina**
- Medicamentos menos que efectivos: Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI, por sus siglas en inglés)**
- Medicamentos experimentales o de investigación**
- Suministros médicos*

Los medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. o los medicamentos cuyo fabricante no participa en el programa federal de reembolso de medicamentos están sujetos a revisión para autorización previa. La cobertura de terapias digitales y terapias digitales recetadas (PDT, por sus siglas en inglés) se limita a lo que está cubierto en la lista de medicamentos de MassHealth

* Pueden estar cubiertos como beneficio no farmacéutico.

** De acuerdo con las pautas establecidas en el artículo 406.413(B) del título 130 del Código de Regulaciones de Massachusetts (Code of Massachusetts Regulations, CMR), no cubrimos medicamentos que se usen para fines estéticos o crecimiento del cabello (a menos que médicamente necesarias), la tos y el resfriado, infertilidad o disfunción sexual, o medicamentos menos que efectivos (DESI), experimentales o de investigación.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Cuando están disponibles los medicamentos genéricos, no generalmente cubrimos el medicamento de marca sin Autorización previa, excepto en algunos casos. en los que preferimos el medicamento de marca sobre el genérico. Si usted y su Proveedor creen que un medicamento genérico no es adecuado para tratar su afección de la salud y que es Médicamente necesario un medicamento de marca, su proveedor puede solicitar Autorización previa. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Consulte la sección “Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos” en la página 22 para obtener más información. Si no aprobamos la solicitud para la Autorización previa, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44 para obtener información sobre Quejas y Apelaciones. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985. Consulte la Lista de medicamentos de MassHealth a https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/ para conocer la Lista de medicamentos de marca preferidos sobre los medicamentos genéricos de MassHealth.

Medicamentos nuevos en el mercado

Los nuevos medicamentos y dispositivos se revisan por su seguridad y eficacia y, una vez evaluados, los productos cubiertos se agregan a la Lista de medicamentos de MassHealth. Un Proveedor que crea que un medicamento o dispositivo médico nuevo en el mercado es Médicamente necesario para usted puede presentar una solicitud de Autorización previa. Uno de nuestros médicos revisará esta solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento o dispositivo médico de acuerdo con nuestras pautas clínicas. Si no aprobamos la solicitud, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44 para obtener información sobre Quejas y Apelaciones. Si tiene preguntas sobre nuestro programa de farmacia o beneficios, llámenos al 888-257-1985.

Límites de cantidad

Para asegurarnos de que los medicamentos que usted toma o los dispositivos médicos que usa son seguros y que está recibiendo la cantidad correcta, podemos limitar la cantidad que usted puede recibir de una vez. Su Proveedor puede solicitar Autorización previa si necesita más de lo que cubrimos. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Cubriremos el medicamento o dispositivo médico de acuerdo con nuestras pautas clínicas si hay una razón médica por la que necesita esta cantidad particular. Debemos brindarle Autorización previa antes de cubrir una cantidad mayor. Si no aprobamos la solicitud para la Autorización previa, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44 para obtener información sobre Quejas y Apelaciones. Para obtener más información, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

Programa de suministro de medicamentos para 90 días

Tufts Health Together sigue el programa de suministro hasta 90 días de MassHealth que incluye la dispensación obligatoria y permitida de ciertos medicamentos. Consulte la Lista de medicamentos de MassHealth para obtener información adicional.

Programa de terapia de pasos

La terapia de pasos significa que, antes de que abonemos un determinado medicamento de segundo nivel, usted primero debe probar los medicamentos de primer nivel de ese tipo.

Cubrimos algunos tipos de medicamentos solamente a través de nuestro programa de terapia de pasos. Nuestro programa de terapia de pasos exige que pruebe medicamentos de primer nivel antes de que cubramos otro medicamento de ese tipo. Si usted y su proveedor creen que un determinado medicamento no es correcto para tratar su afección de la salud, su Proveedor puede solicitarnos la Autorización previa para el otro medicamento. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Cubriremos el medicamento de acuerdo con nuestras pautas clínicas. Consulte la sección “Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos” en la página 22.

Programa de farmacia de especialidad

Una farmacia de especialidad necesita suministrarle algunos medicamentos, como medicamentos a menudo usados para tratar afecciones crónicas como la hepatitis C o esclerosis múltiple. Estos tipos de medicamentos requieren pericia y apoyo adicionales. Las farmacias de especialidad tienen conocimientos en estas áreas. Estas farmacias pueden brindar apoyo adicional a Miembros y Proveedores.

OptumRx Specialty es nuestra farmacia de especialidad. Puede proporcionarle estos medicamentos. Además de proporcionarle medicamentos especiales específicos, OptumRx Specialty:

- Entregará los medicamentos en tu hogar, en el consultorio de tu proveedor, en cualquier local de FedEx o UPS, o en cualquier dirección de entrega que elijas (excepto en un apartado postal)
- Responderá sus preguntas
- Proveerá personal del centro de llamadas, incluidos farmacéuticos de guardia que pueden ayudarte de lunes a viernes, desde las 7:30 a.m. 24 horas al día, 7 días a la semana, incluidos los feriados llamando al 844-265-1705

Visítenos en tuftshealthplan.com/member/tufts-health-together-plans/pharmacy/overview y consulte la Programa de farmacia de especialidad. No puede conseguir estos medicamentos en una farmacia minorista.

Autorizaciones para farmacias (medicamentos y dispositivos médicos)

Tomaremos decisiones tan rápido como sus necesidades de salud lo requieran y en no más de 24 horas después de recibir la solicitud.

Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas para farmacias (medicamentos y dispositivos médicos)

Una vez que autoricemos el medicamento o dispositivo médico, le notificaremos por teléfono y enviaremos a usted o a su Representante designado, y a su Proveedor, una carta de autorización.

Si no autorizamos el medicamento o dispositivo médico solicitado, o no autorizamos la cantidad o duración total, le notificaremos por teléfono y enviaremos a usted, a su Representante designado y a su Proveedor una carta de rechazo. No pagaremos ninguno de los medicamentos o dispositivos médicos no autorizados. Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna. Para obtener detalles sobre la solicitud de una Apelación interna, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 44.

Si recibe una factura por un Servicio cubierto

Según las normas estatales y federales y el contrato de Tufts Health Together con MassHealth, a su Proveedor no se le permite facturarle por ningún servicio cubierto. No pague directamente a sus Proveedores y pida reembolso de Tufts Health Plan. Si tiene alguna pregunta sobre si Tufts Health Plan o MassHealth cubren un servicio específico, o si recibe una factura, llámenos al 888-257-1985. Podemos ayudar.

Administración de utilización.

La Administración de Utilización (Utilization Management, UM), es la forma en la que se asegura de que usted reciba la atención adecuada en el lugar correcto.

Basamos todas las decisiones sobre el manejo de utilización en el uso correcto de la atención y los servicios, así como en la existencia de cobertura. No premiamos a los Proveedores, personal clínico de UM o consultores por rechazar la atención. No ofrecemos a los Proveedores de la red, al personal clínico de UM ni a los consultores dinero o incentivos financieros que podrían disuadirlos de hacer que determinado servicio esté disponible para usted.

Si tiene consultas sobre la UM o desea obtener más información sobre cómo determinamos la atención que autorizamos, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excluyendo días festivos. Nuestro personal está disponible para analizar problemas del UM durante estos horarios de atención, así como para responder a correos de voz y faxes. Si deja un correo de voz o envía un fax durante horarios fuera de los horarios de atención, responderemos al siguiente día hábil. También le proporcionamos información en distintos idiomas. Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción hasta en 200 idiomas de manera gratuita a los Miembros.

Pautas clínicas y criterios de revisión

Los criterios de Revisión de utilización son pautas que usamos para ayudarnos a decidir qué servicios necesita basándonos en la información que recibimos de los médicos.

Cuando decidimos los servicios Médicamente necesarios, tomamos decisiones coherentes y objetivas. Los Proveedores de la práctica local nos ayudan a crear pautas clínicas y criterios de Revisión de utilización. También usamos estándares que desarrollan las organizaciones nacionales de acreditación. Revisamos estas pautas año por medio, o más a menudo cuando se aceptan de manera general nuevos medicamentos, tratamientos y tecnologías. Siempre observamos primero lo que es mejor para usted.

Evaluación de medicamentos y procedimientos experimentales o de investigación

Medicamentos y procedimientos experimentales o de investigación son nuevas clases de tratamiento. Nosotros decidimos si cubrimos o no los medicamentos y procedimientos nuevos basándonos en evidencia científica y lo que los médicos y otros profesionales clínicos recomiendan.

A medida que aparecen nuevas tecnologías, tenemos un proceso para considerar si cubrimos o no cubrimos procedimientos nuevos (experimentales), incluidos ensayos clínicos. Antes de que decidamos cubrir nuevos procedimientos, equipos y medicamentos recetados, analizamos cuán seguros son y cuán bien funcionan estos tratamientos. Para obtener una lista de medicamentos y procedimientos experimentales o en fase de investigación no cubiertos, visite tuftshealthplan.com.

Estudios clínicos calificadores

Cubrimos los costos de los artículos y servicios de rutina para los miembros, que se proporcionan en conexión con los estudios clínicos calificadores relacionados con tratamientos para padecimientos graves o que ponen en riesgo la vida. Los gastos elegibles son aquellos relacionados con todos los artículos y servicios proporcionados en el estudio, incluidos aquellos para prevenir, diagnosticar, monitorear o tratar las complicaciones, así como todo lo relacionado con la entrega del artículo/servicio en investigación. Se excluyen los artículos y servicios proporcionados solo para propósitos de recolección/análisis de datos y que Medicaid no cubre de ninguna otra manera.

Un estudio clínico calificador es un estudio clínico (en cualquier fase de desarrollo) realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento de cualquier enfermedad o padecimiento grave o que pone en riesgo la vida y que está aprobado por el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés), los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés), el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), El Departamento de la Defensa (DoD, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Educación (DoE, por sus siglas en ingles), de acuerdo con la exención de un nuevo fármaco en investigación o si el estudio del fármaco está exento.

Gestión de la atención

La Gestión de la atención es todo lo que hacemos para ayudarlo a administrar sus afecciones médicas, sociales y de Salud conductual de un modo más eficaz a fin de mejorar su salud.

Nuestros servicios de Gestión de la atención pueden incluir ayudarlo a programar y cumplir citas, obtener su información de salud y coordinar su atención con sus Proveedores. La Gestión de la atención incluye: apoyo de salud y bienestar, transición de atención, y Gestión de la atención compleja. Nuestros servicios de Gestión de la atención se ofrecen para apoyar la atención que recibe de su Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) u otros Proveedores, pero no pretenden reemplazarla. Recuerde seguir programando citas regulares y consultas recurrentes con sus Proveedores.

Los administradores de atención de Tufts Health Plan o su grupo de Proveedores trabajarán estrechamente con sus Proveedores para coordinar su atención y asegurarse de que obtenga la atención que necesita, cuando la necesita.

Nuestros administradores de atención están disponibles para responder cualquiera de sus preguntas. Si usted es un Miembro nuevo y ha estado trabajando con un administrador de atención con su aseguradora anterior, nos gustaría hacer los arreglos necesarios para que trabaje con uno de nuestros administradores de atención. Si este es el caso, o si desea hablar con uno de nuestros administradores de atención, puede pedírselo a su PCP o puede llamarnos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Programa de Socios comunitarios (CP)

MassHealth desarrolló el programa de Socios comunitarios (Community Partners, CP) para coordinar la atención y los recursos para aquellos servicios que promoverán la independencia de los miembros de MassHealth. Estos programas reúnen recursos comunitarios, aseguradoras de salud y PCP para que trabajen juntos a fin de asegurar que los miembros reciban los servicios comunitarios correctos. Los Socios comunitarios proporcionan servicios tanto a miembros con necesidades médicas (CP de servicios y apoyos de largo plazo) como aquellos con necesidades de Salud conductual (CP de salud conductual). Ejemplos de

servicios proporcionados incluyen suministro de artículos para llevar a cabo tareas cotidianas como artículos de audición y visión y equipo médico duradero, asistencia para cuidado personal y servicios proporcionados por asistentes de salud en el hogar.

Community Partners también se ocupa de las necesidades sociales como cupones de alimentos, asistencia para combustible y servicio de entrega de comidas ("Meals on Wheels"). Los CP también pueden ayudar con el acceso a programas diurnos como servicios de Cuidados diurnos para adultos y Cuidados residenciales para adultos estilo familiar, y también ayudarán a la población pediátrica a acceder a recursos de la comunidad.

Los Miembros pueden llamar al Equipo de servicios para Miembros al 888-257-1985 para auto referirse a fin de ser tenidos en cuenta para cualquiera de los programas de CP.

Apoyo de salud y bienestar

Además de asesoramiento sobre salud, también ofrecemos servicios de bienestar. Estos servicios pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

- Proporcionarle información de salud general
- Asesoramiento nutricional
- Ayudarlo a identificar algunos signos y síntomas de enfermedades comunes (p. ej., derrame cerebral, diabetes y depresión)
- Cubrir a niños y adolescentes menores de 21 años para Servicios de examen periódico, diagnóstico y tratamiento tempranos (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT).

Visita la sección Tu salud de nuestro sitio web para miembros de Tufts Health Together en https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-together-plans/your-health/overview.

Programa de salud materno infantil

Trabajamos en estrecha colaboración con usted y sus Proveedores para asegurarnos de que usted reciba atención prenatal continua si está embarazada. Podemos ayudar a coordinar la atención para usted y su recién nacido después del parto, utilizando programas tales como los de la Asociación de Enfermeros Visitantes (Visiting Nurse Association, VNA) o Programa de Asociación de Intervención Temprana (Early Intervention Partnership Program) y Mujeres, Lactantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC).

Tome en cuenta lo siguiente: Las mujeres que son Miembro y queden embarazadas deben notificar a MassHealth o a nuestro plan de salud para ayudar a asegurar que tienen la cobertura correcta para usted y su hijo. Para obtener información sobre los beneficios y servicios que ofrecemos a mujeres embarazadas que son Miembros, consulte la página 34.

Ayuda para dejar de fumar

Los Miembros que quieren dejar de fumar pueden obtener medicamentos y orientación a través del programa de Prevención y Cese de Consumo de Tabaco de Massachusetts (Massachusetts Tobacco Cessation & Prevention Program, MTCP) y MassHealth. Para obtener más información sobre cómo dejar de fumar, hable con su PCP. También puede llamar al MTCP para obtener ayuda al 1-800-QUITNOW.

Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine

Contamos con la línea de enfermería NurseLine para ofrecer ayuda para preguntas de salud, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Cuando llama a nuestra Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711), puede hablar con un profesional de atención a la salud dedicado y comprensivo en cualquier momento y sin costo para usted. Nuestra Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine es atendida por enfermeros titulados.

Nuestro personal de la Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine puede proporcionarle información y apoyo sobre temas de atención a la salud como síntomas, diagnósticos, tratamientos, exámenes, resultados de exámenes y procedimientos que su Proveedor indique. Nuestro personal de la Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine también puede ayudarlo con llamadas de triaje después del horario de atención y ponerlo en contacto con su Proveedor en el caso de que esto sea necesario para seguimiento posterior.

Nuestro personal de la Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine no proporciona asesoramiento médico. Ellos no reemplazan a su Proveedor.

Evaluación de necesidades de atención

Nos comunicaremos con los miembros nuevos de Tufts Health Plan para completar una evaluación de sus necesidades de atención.

Una vez completada su evaluación, podemos comprender mejor su salud y crear un plan que cubra sus necesidades.

Basándonos en su evaluación, un asociado puede comunicarse para averiguar si desea trabajar con nosotros. Nuestro personal está formado por miembros serviciales y atentos de su equipo de atención integrada. Estas llamadas pueden ayudarlo a encontrar y administrar recursos no médicos que podría necesitar, como apoyo de pares y orientación, o recursos de alimentación y vivienda.

Transición de la atención

Cuando abandona un centro de atención de 24 horas (como un centro de internación para problemas médicos o conductuales agudos), lo ayudaremos con un plan de transición (la atención que necesita para ayudarlo a seguir mejorando en su hogar). Trabajaremos con Proveedores, como una VNA u otra agencia de cuidados en el hogar o proveedores de equipos médicos duraderos, para asegurarnos de que recibe los servicios que necesita cuando los necesita a fin de mejor su estado de salud general.

El plan de transición de la atención también incluye lo siguiente:

- Enseñarle a usted acerca de su afección y medicamentos
- Enseñarle sobre el manejo de su enfermedad y qué es lo que puede esperar
- Proporcionarle atención individual e integrada
- Desarrollar un plan para ayudarlo a obtener los servicios que necesita

Su Proveedor puede proporcionarle un Referido para que reciba servicios de transición de la atención o puede autorreferite llamándonos al 888-257-1985 o visitando tuftshealthplan.com.

Gestión de la Atención integrada (ICM)

Para asegurarnos de que obtenga la mejor atención y resultados posibles, usamos un modelo de Gestión de la Atención integrada. Esto significa que, cuando sea adecuado, nuestros proveedores de Salud conductual, atención médica y Trabajadores de salud comunitaria trabajarán estrechamente con usted y entre sí para coordinar la atención que necesita.

La Gestión de la atención puede ayudarlo si tiene necesidades y afecciones médicas complejas o específicas. Si tiene una discapacidad física, una afección de salud especial (como un embarazo de alto riesgo, cáncer o VIH/SIDA), una afección de Salud conductual o cualquier otra afección de salud crónica, puede:

- Obtener información de salud solo para usted de un administrador de atención
- Obtener ayuda para averiguar qué recursos y beneficios puede obtener
- Trabajar con uno de nuestros administradores de atención para coordinar su atención con su Proveedor

Nuestro equipo de profesionales de atención a la salud dedicados incluye enfermeros, Proveedores de Salud conductual, y trabajadores de salud comunitaria. Este equipo entiende cómo trabajar con usted si tiene necesidades especiales de atención a la salud y ayudará a asegurarse de que reciba atención en el lugar adecuado – en su hogar, en el consultorio de un Proveedor, en un Hospital, en la escuela, en persona o por teléfono – para ayudarlo a sanar y mantenerse saludable.

Este quipo trabajará con usted para responder sus preguntas, atender sus necesidades, desarrollar un plan para que se sienta mejor y enseñarle a controlar su salud. Algunos administradores de atención hacen consultas a domicilio, explican cómo controlar una afección y coordinan la prestación de servicios y obtención de equipo. Otros administradores de atención también pueden ayudar con cualquier necesidad médica, conductual, social y financiera.

Proporcionamos los siguientes tipos de servicios de Administración de la atención (ICM):

- Administración de la atención médica (incluye la administración de atención compleja y administración de la atención de embarazo)
- Administración de la atención de salud del comportamiento (incluye Especialistas en recuperación de pares)
- Gestión de la atención de la salud comunitaria Gestión de la atención compleja

Gestión de la Atención complejas

Nuestro programa de gestión de la atención compleja está destinado a Miembros con afecciones médicas difíciles de controlar, inestables o prolongadas. Los Miembros en estos programas recibirán ayuda de un equipo de profesionales de salud dedicados, organizaciones de la comunidad y agencias estatales. Ellos ayudarán a los Miembros a recibir la atención adecuada para mejorar y mantenerse saludables, y ayudarán a identificar y reducir o eliminar las barreas sociales para la atención adecuada. La gestión de la atención compleja podría incluir visitas al hogar, la escuela y el trabajo de un Miembro, así como a refugios, hogares residenciales, consultorios de proveedores y agencias de la comunidad. Ofrecemos también manejo de enfermedades en forma de asesoramiento y educación para miembros con asma, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica como parte de nuestro programa de atención compleja.

Los Miembros con las siguientes afecciones podrían beneficiarse de nuestra gestión de la atención compleja:

- Varias afecciones de salud
- Necesidades de cuidados intensivos
- Cáncer
- VIH/SIDA
- Trasplante de órganos
- Discapacidad o deterioro grave
- Frecuentes admisiones o visitas a la sala de emergencia
- Embarazo de alto riesgo

Nuestros administradores de atención pueden proporcionarle apoyo, orientación y educación personalizados, a la vez que identifican los servicios que le beneficiarán. Ellos trabajan con usted y sus Proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención adecuada en el lugar correcto.

Nuestros administradores de atención pueden proporcionarle a usted y a su cuidador información valiosa y ayudar a coordinar su atención. Llámenos al 888-257-1985 para conversar con un administrador de atención.

Administración de la atención de salud del comportamiento (incluye Especialistas en recuperación de pares)

Podemos ofrecerle la atención de salud del comportamiento si usted:

- Tiene problemas graves de Salud conductual
- Tiene tres o más ingresos hospitalarios de Salud conductual durante un período de 12 meses
- No ha accedido o no puede acceder a servicios comunitarios
- Sufre un acontecimiento catastrófico
- Tiene antecedentes de múltiples hospitalizaciones
- Tiene un diagnóstico nuevo de una enfermedad mental mayor
- Tiene un trastorno por consumo de sustancias
- Tiene necesidades especiales o problemas culturales para los que necesita que múltiples agencias coordinen la prestación de servicios

Nuestros administradores de atención de Salud conductual son profesionales clínicos certificados que pueden ayudarlo a coordinar la atención entre sus Proveedores, y mediante:

- Control de su tratamiento
- Revisión de su necesidad de atención continua
- Participación con su equipo de atención a la salud o planificación del alta
- Entrega de información sobre servicios comunitarios

Juntos, podemos ayudarlo a garantizar que reciba la mejor atención. Trabajaremos con usted para:

- Seguir mejorando su salud y la de su familia

- Asegurarnos de que tenga acceso oportuno y fácil a los niveles adecuados de atención a la salud conductual
- Involucrarlo en la planificación de su tratamiento y su recuperación
- Asegurarnos de que se continúe su atención sin inconvenientes cuando cambie de Proveedores o planes

Llámenos al 888-257-1985 si quiere obtener información o tiene preguntas sobre ICM de Salud conductual y sobre cómo determinamos la atención que autorizamos.

Control de enfermedades

Ofrecemos asesoramiento y educación para miembros con asma, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Nuestros Gerentes de Atención son profesionales de atención a la salud registrados, con amplios conocimientos y experiencia en ayudar a los miembros a aprender a controlar sus enfermedades. Nuestro Equipo de Gestión de la Atención también puede conectarlo con muchos recursos de la comunidad. Nos coordinaremos con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) según sea necesario, y le ayudaremos con su educación, analizaremos formas de manejar sus síntomas y responder cualquier pregunta que pueda tener sobre sus medicamentos.

Trabajaremos con usted para establecer metas, medir progresos y enfocarnos en sus necesidades específicas. También ofrecemos programas basados en aplicaciones para ayudarlo a bajar de peso y mejorar su salud a través de la nutrición.

Usamos pautas sobre prácticas basadas en evidencia (pautas clínicas según la mejor investigación) como base para nuestros programas de control de enfermedades. Estas pautas le ayudarán a vivir de la manera más saludable posible y a que se sienta lo mejor posible. El Control de Enfermedades está disponible para todos los miembros actuales, incluyendo los pediátricos.

Si tiene antecedentes de diabetes, asma o COPD puede ser identificado como candidato para el control de enfermedades.

Asma

Un miembro del Equipo de Gestión de la Atención puede visitarlo en su hogar y proporcionarle información y herramientas para ayudarle a comprender el asma y sus causas, factores desencadenantes y síntomas. Podemos ayudarle a aprender cómo detectar los signos de advertencia de un ataque antes de que suceda y a buscar los problemas en su hogar que podrían hacer que su asma empeore. El Gerente de Atención también puede hablar con usted sobre un plan de acción para el asma y tomar otras medidas para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

También podemos proporcionarle asesoría telefónica personalizada con un Gerente de Atención calificado, si le interesa aprender cómo mejorar el control de su asma. La asesoría telefónica personalizada le enseña sobre la enfermedad, la identificación de desencadenantes y los medicamentos.

Le enviaremos información útil sobre artículos como medicamentos de control y rescate y planes de acción para el asma.

Diabetes

Los Gerentes de Atención están disponibles para ayudarle a controlar la diabetes tipo 1, tipo 2 o gestacional (cuando está embarazada). Los suministros y los análisis de laboratorio para la diabetes son servicios cubiertos incluyendo la hemoglobina A1c y los análisis de lípidos, así como los exámenes oculares con dilatación de pupila anuales. También ofrecemos educación para la diabetes vía telefónica. Un Gerente de Atención puede proporcionarle educación, asesoramiento y responder todas sus preguntas acerca de la diabetes. Los Gerentes de Atención también le proporcionarán información que aumentará su conocimiento sobre su enfermedad y le ayudará a enfocarse en las áreas de la diabetes que considere que necesita comprender mejor. El Equipo de Gestión de la Atención puede ayudarle a coordinar citas con su PCP y cualquier Especialista con el que pueda necesitar atenderse. También puede tomar clases sobre diabetes aprobadas por la Asociación Americana de la Diabetes. Nuestro Equipo de Gestión de la Atención con gusto le ayudará a encontrar las clases más cercanas a su comunidad.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)

Los Gerentes de Atención están disponibles para proporcionar asesoramiento telefónico personalizado. Si le interesa aprender cómo mejorar el control de su COPD, analizaremos el uso de inhaladores, métodos para evitar ir a la sala de emergencias y pruebas que le ayudarán a lograr su mejor salud respiratoria. Nuestros asesores le enviarán materiales educativos y lo dirigirán a sitios educativos basados en Internet. Asimismo obtendremos y coordinaremos su atención con sus proveedores, según sea necesario.

Si desea dejar de participar en el programa de control de enfermedades estando a la mitad de éste, informe al gerente de atención que ya no le interesa participar.

Para obtener más información sobre control de enfermedades, visite tuftshealthplan.com/TogetherDM o llámenos al 888-257-1985.

Servicios de Salud Comunitaria

Los trabajadores de salud comunitarios (CHW por sus siglas en inglés) son trabajadores de salud pública de primera línea que aplican su conocimiento único de la experiencia, el idioma o la cultura de las poblaciones a las que atienden. El CHW organizará, coordinará, evaluará y defenderá servicios de la red de seguridad que cubren necesidades básicas como educación, vivienda, atención médica, asuntos legales que perjudican la salud, transporte y asistencia psicológica.

Los CHW están disponibles para prestar los siguientes servicios:

- Ayuda en la búsqueda de un médico o proveedor
- Referirlo a los servicios comunitarios para satisfacer las necesidades sociales no cubiertas
- Ayuda para solicitar cupones de alimentos (SNAP por sus siglas en inglés)
- Ayuda para solicitar beneficios como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés) y Seguro Social y Seguro por Discapacidad (SSDI por sus siglas en inglés)
- Referirlo y coordinar servicios con el Departamento de Asistencia Transicional (DTA por sus siglas en inglés) o la Oficina del Seguro Social
- Proporcionar listas de refugios de emergencia

- Proporcionar información y referidos para programas comunitarios que puedan ayudar con los pagos de servicios públicos (electricidad o calefacción)
- Ayudar en la búsqueda y referidos a grupos de apoyo a personas con discapacidad
- Referir y solicitar los beneficios de transporte que se puedan usar para coordinar transporte para citas médicamente necesarias, cuando sea adecuado y aplicable
- Ayudar en la búsqueda de servicios de asesoramiento

Para obtener Servicios de Salud Comunitaria o para obtener más información, llámenos al 888-257-1985. Analizaremos su situación y, con su consentimiento, lo referiremos a programas de THP, como los programas de Gestión de la Atención o de Socios Comunitarios, si es elegible.

Programa de servicios flexibles

Hay recursos adicionales que pueden ayudarlo a pagar los alimentos y la vivienda si cumple con las reglas de MassHealth para el Programa de servicios flexibles. Muchos de estos recursos son proporcionados por organizaciones locales de su comunidad. Póngase en contacto con nosotros en flexibleservices@challiance.org o 781-338-0397 para comprender qué recursos de apoyo puede ofrecer la ACO y para comprobar si usted puede recibirlos.

Programas de maternidad

Nuestros programas de maternidad están diseñados para apoyarla durante su embarazo y complementar la atención proporcionada por su equipo de obstetricia (OB) y otros Proveedores. Nuestro personal puede ayudarla a planificar un embarazo, trabajo de parto y parto saludables. Una vez que se confirme su embarazo, le pedimos a su Proveedor de obstetricia/ginecología (OB/GYN) que presente un Formulario de notificación de embarazo después de su primera consulta prenatal. El formulario recopila información importante que permite que nuestros gerentes administradores de atención comprendan cómo apoyarla mejor en su embarazo. También puede llamarnos directamente al 888-257-1985 para notificarnos de su embarazo.

Si tiene un embarazo de alto riesgo, puede trabajar directamente con nuestras enfermeras de embarazo de alto riesgo, quienes la apoyarán durante su embarazo.

Llámenos al 888-257-1985 para obtener más información. También consulte la página 3737 para obtener más información sobre las EXTRAS que puede recibir durante su embarazo.

EXTRAS

Solo Miembros actuales y elegibles pueden recibir las EXTRAS. Tome en cuenta lo siguiente: Podrían aplicarse algunas restricciones y nos reservamos el derecho a dejar de entregar una EXTRA en cualquier momento.

Las EXTRAS están sujetas a cambio. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras para obtener información actualizada sobre EXTRAS, inclusive la elegibilidad. También puede descargar el o los Formularios de EXTRAS. Para solicitar EXTRAS, siga las instrucciones del formulario y envíenos el formulario completado.

Tarjeta de regalo para comprar asientos de seguridad para el automóvil

Ayudamos a que sus hijos viajen con estilo. Los Miembros que tienen 28 semanas o más de embarazo o los Miembros que tienen 8 años o menos son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de $25 para utilizar para comprar un asiento de seguridad convertible (para niños de 5 a 40 libras y de 19 a 43 pulgadas de estatura).

Además, un año después, siempre y cuando su hijo sea Miembro, puede obtener una tarjeta de regalo de $25 para utilizar para comprar un asiento de seguridad con elevación (para niños de 30 a 100 libras y de 43 a 57 pulgadas de estatura).

Cómo obtener este beneficio:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensa de asiento de seguridad EXTRAS.

2. Complete el formulario y haga una copia para usted.

3. Envíe el formulario llenado a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

4. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Tome en cuenta lo siguiente: Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo para usar en la compra de un asiento de seguridad cada 12 meses y 2 tarjetas de regalo en total durante su membresía. Las tarjetas de regalo son válidas solo para un asiento para automóvil convertible o un asiento elevador. Debes ser un Miembro elegible cuando ordene su tarjeta de regalo para un asiento de seguridad y cuando procesemos su formulario de EXTRAS.

Recompensas por conductas saludables

Para ayudar a que nuestros Miembros jóvenes se vuelvan sanos y permanezcan sanos, recompensamos sus acciones saludables. A continuación, enumeramos cómo usted y sus hijos pueden ganar una tarjeta de regalo.

- Si su hijo recibe las vacunas de infancia y realiza los exámenes recomendados antes de los 2 años, le enviaremos una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados.

- Reciba las vacunas recomendadas para los adolescentes a los 13 años, y le enviaremos una tarjeta de regalo de $10 para una tienda por departamentos.

- Reciba un examen anual (edades de 3 a 9 años) y le enviaremos una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados.

- Reciba un examen anual (edades de 10 a 17 años) y le enviaremos una tarjeta de regalo de $10 para una tienda por departamentos.

- Reciba un examen anual (edades de 18 años y más) y puede recibir una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados.

Tome en cuenta lo siguiente: Las vacunas de infancia y los exámenes recomendados actualmente incluyen: cuatro DTaP, cuatro Hib, cuatro PCV, tres Hep B, tres IPV, tres Rota, una Hep A, una MMR, una Varicella, exámenes de detección de plomo en sangre y una vacuna contra la gripe anualmente (tenga en cuenta que su hijo debería haber recibido dos vacunas contra la gripe anuales antes de cumplir dos años de edad). El médico de su hijo hablará con usted acerca del mejor momento para recibir estas vacunas. También le enviaremos por correo tarjetas de recordatorio cuando se aproxime el momento de que su hijo reciba estas vacunas.

Tome en cuenta lo siguiente: Las vacunas recomendadas actualmente para los adolescentes incluyen: una vacuna antimeningocócica, una Tdap, y un plan completo de dos o tres dosis de HPV antes de cumplir 13 años de edad.

Cómo obtener estos beneficios:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensa.

2. Complete el formulario y saque una copia para usted.

3. Envíe el formulario llenado a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

4. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Tome en cuenta lo siguiente: Debe ser un Miembro en el momento de las visitas al médico y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Los miembros pueden obtener una tarjeta de regalo cada 12 meses por cada conducta saludable elegible.

Reembolso por acondicionamiento físico

Lo ayudamos a mantenerse en forma. Después de que haya sido Miembro de Tufts Health Plan por tres meses y haya completado uno de varios tipos de actividades de acondicionamiento físico, le devolveremos hasta $30. A pesar de que este beneficio está disponible para todos los miembros cada 12 meses, los miembros de 18 años y menores deben tener una autorización de los padres para unirse a un gimnasio o para participar en una actividad de acondicionamiento físico.

Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras:

- Membresías de gimnasios y clubes deportivos, incluidos los YMCA y los Centros de la Comunidad Judía (JCC)

- Clases de yoga, pilates y ejercicio físico.

- Clases de salsa y otros tipos de danza.

- Ligas deportivas, como fútbol y baloncesto

- Clases de artes marciales, como karate y tai chi

Hable con su PCP sobre cualquier tipo de dieta o programa de ejercicios antes de comenzar.

Cómo obtener su reembolso:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de Reembolso.

2. Complete el formulario y haga una copia del formulario y de su recibo detallado para usted.

3. Envíe el formulario completo, junto con su recibo, a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

4. Esté atento al correo por su reembolso de hasta $30, el cual debería llegar en seis a ocho semanas.

Tome en cuenta lo siguiente: Debe ser un Miembro de Tufts Health Plan cuando solicite la membresía del gimnasio o la actividad de acondicionamiento físico y cuando procesemos su Formulario de reembolsos. Los miembros pueden obtener un reembolso de $30 cada 12 meses.

Recompensas y ayuda para sus necesidades de atención médica

Nuestros profesionales clínicos pueden ayudarlo con sus necesidades de atención a la salud. Para hablar con un profesional clínico, llámenos al 888-257-1985.

Si está embarazada

Ayudamos a nuestras mujeres Miembro que están embarazadas durante y después del embarazo para garantizar que tengan un embarazo y un bebé lo más sanos posible.

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados después de asistir a clases informativas sobre parto, recién nacidos o lactancia.

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados después de realizar visitas del programa Mujeres, lactantes y niños (Women, Infants and Children, WIC) dos veces durante su embarazo.

- Obtenga ayuda para elegir un médico para su bebé.

- Obtenga una tarjeta de regalo para usar en la compra de un asiento de seguridad. Consulte la página 35 para obtener más información.

Llámenos al 888-257-1985 ni bien se entere de que está embarazada para conocer más sobre estos beneficios.

Cómo obtener la tarjetas de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para obtener una copia del formulario de recompensa y del formulario de cuidados del nuevo bebé.

2. Después de realizar dos visitas al programa WIC durante el embarazo, complete la información en el formulario de recompensa.

3. Después de asistir a una clase de cuidados del nuevo bebé, rellene la información del formulario de cuidados del nuevo bebé. Preséntelo con un recibo detallado y una confirmación de asistencia o un certificado de finalización.

4. Haga una copia para usted del formulario o formularios y demás documentos que nos envíe.

5. Envíe el formulario llenado a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

6. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Debe ser miembro cada vez que haga visitas del Programa de Alimentación para Mujeres y Niños (WIC por sis siglas en inglés), cuando asista a la clase de cuidados del nuevo bebé y cuando procesemos su formulario de recompensas. Las miembros pueden obtener ambas tarjetas de regalo de $25 durante cada embarazo.

Después de tener un bebé

Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados si visita a su obstetra/ginecólogo para una consulta posparto entre 21 y 56 días después de tener a su bebé.

Cómo obtener la tarjeta de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensa.

2. Complete la información y haga una copia del formulario para usted.

3. Envíe el formulario llenado a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

4. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Tome en cuenta lo siguiente: Debe ser Miembro cuando cumpla con la visita posparto y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Las mujeres Miembro pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 después de cada embarazo.

Si sufre de asma

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados por completar un plan de acción contra el asma junto con su PCP.
- Obtenga información sobre el asma y una copia de un plan de acción para el asma llamándonos al 888-257-1985 o visitando tuftshealthplan.com.

Cómo obtener la tarjeta de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensa.
2. Visite a su PCP y completen juntos el plan de acción contra el asma.
3. Haga una copia del plan de acción contra el asma y del formulario para usted.
4. Envíe el formulario completo y el plan de acción contra el asma a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

5. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Tome en cuenta lo siguiente: Debe ser un Miembro cuando complete el plan de acción para el asma y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 cada 12 meses.

Si tiene diabetes

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados por hacerse un examen de la vista, dos análisis de glucosa en sangre (HbA1c), un análisis de proteínas y un análisis de colesterol en sangre cada 12 meses.

Para obtener información sobre la diabetes, llámenos al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com.

Cómo obtener la tarjeta de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensa.
2. Visite a su PCP, complete los análisis, y complete la información en el formulario.
3. Haga una copia del formulario para usted.
4. Envíe el formulario llenado a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

5. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Tome en cuenta lo siguiente: Debe ser un Miembro cuando se haga los cinco exámenes y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 cada 12 meses por completar los cinco exámenes.

Renovación de sus beneficios

Cada año los miembros de MassHealth deben renovar sus beneficios de MassHealth. Hay dos maneras de renovarlos:

1. Renovación automática. Cuando no ha tenido ningún cambio en sus criterios de Elegibilidad dentro del año anterior, y MassHealth puede confirmarlo, usted será renovado automáticamente como miembro de MassHealth. MassHealth le notificará si su membresía de MassHealth se renovó automáticamente.

O

2. Formulario de revisión prellenado. Si MassHealth no puede confirmar sus criterios de Elegibilidad, entonces se posible que sea necesario que les envíe más información. MassHealth le enviará un formulario de “revisión prellenado” (o precompletado) con la información que tienen en archivo. Usted tiene 45 días para completar, firmar y enviar por correo este formulario a MassHealth. Si no envía este formulario, corre el riesgo de perder sus beneficios de MassHealth y de su plan de salud.

Puede enviar este formulario por correo, en línea en MAhealthconnector.org o puede llamar al Centro de inscripción de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711) de 8 a.m. a 5 p.m.

Si recibe Ayuda transicional para familias con hijos dependientes (Transitional Aid to Families with Dependent Children, TAFDC), también puede renovar sus beneficios de MassHealth con su trabajador social o la oficina local del Departamento de Asistencia Transicional (Department of Transitional Assistance, DTA). Para encontrar su oficina local del DTA, llame al 877.382.2363. Si recibe beneficios de MassHealth y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (anteriormente cupones de alimentos), formará parte del proceso de renovación Express Lane de MassHealth. Sus beneficios de MassHealth se renovarán automáticamente en el momento de su renovación anual.

Si desea averiguar si otros miembros de su grupo familiar son elegibles para MassHealth y nuestro plan de salud, simplemente agregue su información de contacto en el formulario de revisión prellenado o actualice su cuenta en línea en MAhealthconnector.org.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

La Fecha de entrada en vigor de la cobertura es la fecha en que se convierte en Miembro de nuestro plan de salud y es elegible para recibir los Servicios cubiertos de los Proveedores de la red. Para los miembros de MassHealth Standard/CommonHealth, MassHealth Family Assistance y MassHealth CarePlus, su Fecha de entrada en vigor de la cobertura es un día hábil después de que MassHealth le comunique a Tufts Health Plan sobre su inscripción.

Protección de sus beneficios

Fraude y uso indebido

Ayude a reducir el Fraude y el uso indebido en la atención a la salud y proteja al programa MassHealth para todos. El Fraude o uso indebido de Miembros y Proveedores incluye:

- Prestarle su tarjeta de identificación (ID) de miembro a otra persona
- Obtener recetas para sustancias controladas de un modo inadecuado
- Que sus médicos nos emitan facturas por servicios que usted no recibió

Para denunciar un posible Fraude o uso indebido o si tiene alguna pregunta, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, o envíenos un correo electrónico a fraudandabuse@point32health.org. No necesitamos su nombre ni información de Miembro. También puede llamar a nuestra línea directa confidencial en cualquier momento al 877-824-7123 o enviarnos una carta anónima a:

Tufts Health Plan
Attn: Fraude y uso indebido
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166

Cancelación de la inscripción

Cancelación voluntaria de la inscripción

Usted podrá cambiar planes de salud únicamente durante su Período de selección de plan anual de 90 días. Una vez finalizado su Período de selección de plan anual, entrará en un Periodo de inscripción fijo. No podrá cancelar su inscripción de planes de salud hasta su próximo Período de selección de plan, excepto en circunstancias limitadas. Para cancelar su inscripción de nuestro plan de salud, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY:711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para miembros de MassHealth Standard/CommonHealth, MassHealth Family Assistance y MassHealth CarePlus, las Cancelaciones voluntarias de la inscripción por lo general entran en vigencia un día hábil después de que recibimos la solicitud de MassHealth.

Después de la Cancelación de la inscripción, proporcionaremos cobertura para:

- Servicios cubiertos, hasta la fecha de su Cancelación de la inscripción
- Cualquier equipo personalizado ordenado que hayamos aprobado antes de su Cancelación de la inscripción, incluso si no recibe el equipo hasta después de su Cancelación de la inscripción

Cancelación de la inscripción debido a pérdida de Elegibilidad

Si deja de ser elegible para la cobertura de MassHealth, MassHealth cancelará su inscripción de nuestro plan de salud. Su cobertura finalizará en la misma fecha en la que se Cancele su inscripción en MassHealth. MassHealth podría volver a inscribirlo automáticamente en nuestro plan de salud si vuelve a ser elegible para MassHealth. Recuerde responder todas las solicitudes de información de MassHealth para evitar que se cancele su inscripción como miembro de MassHealth.

Cancelación de la inscripción por causa

Tenemos el derecho de enviar una solicitud escrita a MassHealth para cancelar su inscripción como Miembro debido a un comportamiento disruptivo que afecta nuestra capacidad para brindarle servicios a usted o a otros Miembros. Haremos todos los esfuerzos serios para trabajar con usted para resolver el problema. Además, le enviaremos un aviso anticipado para describir el comportamiento, su impacto y para informarle que es posible que se cancele su inscripción como resultado de un comportamiento disruptivo continuo. No te pediremos que canceles tu inscripción debido a que tengas mala salud, uses servicios médicos, hayas faltado a citas, carezcas de capacidad mental o muestres conductas negativas relacionadas con tus necesidades especiales.

MassHealth decidirá si aprueba o no nuestra solicitud de Cancelación de la inscripción. Si MassHealth cancela su inscripción como Miembro, MassHealth le enviará una carta informándole sobre la Cancelación de su inscripción y lo contactará para informarle sobre sus otras opciones de planes de salud.

Sus derechos

Como Miembro, tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad, sin importar su raza, origen étnico, credo, creencias religiosas, orientación sexual o fuente de pago de la atención
- Recibir tratamiento Médicamente necesario, como atención de Emergencia
- Recibir información sobre nosotros y nuestros servicios, Proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP), Especialistas, otros Proveedores y sus derechos y responsabilidades
- Tener una conversación sincera y fácil de comprender sobre las opciones de tratamiento adecuadas o Médicamente necesarias para sus afecciones, sin importar el costo o la cobertura del beneficio
- Trabajar con el PCP, los Especialistas y otros Proveedores para tomar decisiones sobre su atención a la salud
- Aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico
- Llamar al consultorio de su PCP o Proveedor de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) las 24 horas del día, los siete días de la semana
- Esperar que sus registros de atención a la salud sean privados y que acatemos las leyes relacionadas con la confidencialidad de los registros y la información personal de los pacientes, en reconocimiento de su derecho a la privacidad
- Obtener una Segunda opinión para los tratamientos y la atención propuestos; Tufts Health Plan pagará la consulta por la segunda opinión
- Presentar una Queja para expresar su insatisfacción con nosotros, los Proveedores o la calidad de la atención o los servicios que recibió
- Apelar un rechazo o Acción adversa que hagamos para su atención o servicios
- No experimentar restricciones ni aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalias

- Pedir más información o explicaciones de lo que se incluye en este Manual del miembro, ya sea en forma oral o por escrito
- Pedir una copia de este Manual del miembro en cualquier momento.
- Recibir un aviso por escrito de los cambios importantes y finales a nuestra Red de Proveedores, como, entre otros, cancelaciones de PCP, Especialistas, Hospitales y establecimientos que lo afectan
- Pedir y recibir copias de su historia clínica y pedir que corrijamos o enmendemos los registros, si es necesario
- Recibir los servicios de su Lista de servicios cubiertos
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los Miembros
- Pedir y recibir este Manual del miembro y otra información del plan de salud traducida a su idioma de preferencia o en el formato que prefiera
- Ejercer sus derechos libremente sin afectar negativamente la manera en que nosotros o sus Proveedores lo tratamos

Directivas anticipadas

Las Directivas anticipadas, también conocidas como testamento vital o poder de duración indefinida, son instrucciones escritas que comunican sus decisiones de atención a la salud si usted no es capaz de hacerlo. Las Directivas anticipadas están reconocidas en la ley de Massachusetts y se vinculan con la obtención de atención a la salud cuando una persona no es capaz de tomar decisiones. Si ya no puede tomar decisiones sobre su atención a la salud, contar con una Directiva anticipada preparada puede ayudar. Estas instrucciones escritas comunicarán a sus Proveedores cómo tratarlo si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones de atención a la salud.

En Massachusetts, si tiene al menos 18 años y está en pleno uso de sus facultades mentales, puede tomar decisiones por sí mismo. También puede elegir a alguien como su representante de atención a la salud o apoderado de atención a la salud. Su representante o apoderado de atención a la salud puede tomar decisiones de atención a la salud por usted si sus Proveedores determinan que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones.

Como Miembro, tiene ciertos derechos que se relacionan con una Directiva anticipada. Para elegir un representante o apoderado de atención a la salud, debe llenar un Formulario de poder de representación para la atención a la salud, que su Proveedor o plan de salud tienen disponible. También puede solicitar un Formulario de poder de representación para la atención a la salud al estado de Massachusetts. Escriba a la dirección que aparece a continuación y envíe un sobre sellado con su dirección dirigido a:

Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Elder Affairs
1 Ashburton Place, Room 517
Boston, MA 02108

Con las Directivas anticipadas, también tiene derecho a:

- Tomar decisiones sobre su atención médica

- Recibir el mismo nivel de atención y no ser discriminado de ninguna manera, tanto si tiene una Directiva anticipada como si no la tiene
- Recibir información por escrito sobre las políticas de las Directivas anticipadas de su Proveedor
- Incluir su Directiva anticipada en su historia clínica

Nuestros Proveedores cumplirán la ley estatal con respecto a las Directivas anticipadas. También educamos al personal y a las personas con las que interactúa en la comunidad sobre las Directivas anticipadas.

Sus responsabilidades

Como Miembro, tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar a todos los Proveedores con respeto y dignidad
- Asistir a todas las citas a tiempo o llamar si llegará tarde o necesita cancelar una cita
- Entregar al Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), a los Especialistas y a otros Proveedores, como también a nosotros, información completa y correcta sobre su historia clínica, los medicamentos que toma y otros asuntos relacionados con su salud
- Pedir más información al PCP y otros Proveedores si no entiende lo que le dicen
- Participar con el PCP, los Especialistas y otros Proveedores para entender y ayudar a desarrollar planes y objetivos para mejorar su salud.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus Proveedores
- Comprender que negarse al tratamiento puede causar efectos graves en su salud
- Comunicarse con el PCP o Proveedor de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) en el plazo de 48 horas después de la visita a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento
- Cambiar su PCP o Proveedor de Salud conductual si no está satisfecho con la atención actual
- Expresar sus inquietudes y reclamos en forma clara
- Informarnos si tiene acceso a cualquier otro seguro
- Informarnos si sospecha de un posible Fraude o uso indebido
- Informarnos a nosotros y al estado cualquier cambio en su dirección, teléfono o PCP

Sus inquietudes

Consultas

Una Consulta es cualquier pregunta o solicitud que pueda tener sobre nuestras operaciones. Como Miembro, tiene derecho a hacer una Consulta. Haremos todo lo posible para responder a tu pregunta dentro de un día hábil.

Quejas

Una Queja es una expresión de insatisfacción que usted o su Representante designado (alguien a quien haya autorizado por escrito para actuar en su nombre) hacen sobre cualquier acción o falta de acción de nuestra parte distinta de una Acción adversa. Como Miembro, usted o su Representante designado, si identificó uno, tienen el derecho de presentarnos una Queja. Puede presentar una Queja en cualquier momento y por cualquier razón, incluyendo:

- Si está disconforme con la calidad de la atención o los servicios que recibe
- Si uno de sus Proveedores o uno de nuestros empleados es descortés con usted
- Si cree que uno de sus Proveedores o uno de nuestros empleados no respetó sus derechos
- Si está en desacuerdo con nuestra decisión de prolongar el plazo para tomar una decisión sobre una autorización, una Apelación interna estándar o una Apelación expedita (rápida)
- Si está en desacuerdo con nuestra decisión de no dar curso a una solicitud de Apelación interna

Su Representante designado puede presentar una Queja por usted. Puede designar un Representante designado enviándonos un Formulario de Representante designado firmado. Puede obtener un formulario si llama al Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. También puede encontrar el formulario en tuftshealthplan.com.

Si no recibimos su Formulario de Representante designado firmado en el plazo de 30 días entregado por una persona distinta de usted que presenta una Queja en su nombre, desestimaremos dicha Queja.

Cómo presentar una Queja

Usted o su Representante designado pueden presentar una Queja de las siguientes maneras:

- **Teléfono** — llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **TTY/TTD** — las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **Correo** — envíe su Queja por correo a:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166

- **Correo electrónico** — envíe una Queja por correo electrónico a través de la sección “Contact us” (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com.
- **Fax** — envíe una Queja por fax al 857.304.6342
- **En persona** — visite nuestra oficina en 1 Wellness Way; Canton, Mass., de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos

Lo ayudaremos a llenar los formularios y seguir los procedimientos relacionados con todas las Quejas, incluyendo la provisión de servicios de intérprete.

Una vez que presente una Queja, haremos lo siguiente:

- Comunicarles a usted y a su Representante designado por escrito en el plazo de un día hábil que recibimos su Queja
- Examinar el contenido de su solicitud, incluido cualquier aspecto de la atención clínica involucrado
- Comunicar a usted y a su Representante designado por escrito el resultado de su Queja en el plazo de 30 días desde que hayamos recibido su Queja
- Documentar el contenido de su solicitud de Revisión de queja y las acciones tomadas
- Proveer servicios de intérprete, de ser necesario

También tiene derecho a presentar una Queja en la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS). Puede llamar al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., para presentar una Queja.

Cómo solicitar una Revisión de la decisión sobre una queja

Si está disconforme con la resolución de su Queja, puede llamar al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., para presentar una Queja. Usted o su Representante designado también pueden solicitar una Revisión de la decisión sobre una queja a Tufts Health Plan de las siguientes maneras:

- **Teléfono** — llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **TTY/TTD** — las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **Correo** — solicite una Revisión de la decisión sobre una queja enviando su solicitud por correo a la siguiente dirección:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166

- **Correo electrónico** — solicite una Revisión de la decisión sobre una queja por correo electrónico a través de la sección “Contact us” (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com.
- **Fax** — solicite una Revisión de la decisión sobre una queja por fax al 857.304.6342
- **En persona** — visite nuestra oficina en 1 Wellness Way, Canton, Mass., de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos

Una vez que recibamos su solicitud de Revisión de la decisión sobre una queja, haremos lo siguiente:

- Comunicar a usted y a su Representante designado por escrito en el plazo de un día hábil que recibimos su solicitud
- Examinar el contenido de su solicitud, incluido cualquier aspecto de la atención clínica involucrado

- Resolver su Revisión de la decisión sobre una queja en el plazo de 30 días desde que recibamos su solicitud y hacerle saber a usted y a su Representante designado el resultado por escrito
- Documentar el contenido de su solicitud de Revisión de la decisión sobre una queja y las acciones tomadas
- Proveer servicios de intérprete, de ser necesario

Si en algún momento está disconforme con el resultado del proceso de Queja, puede presentar un reclamo llamando al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Apelaciones

Como miembro, usted o su Representante designado (alguien a quien haya autorizado por escrito para actuar en su nombre) tienen el derecho de solicitar una Apelación interna para que revisemos una Acción adversa.

Las Acciones adversas son las siguientes acciones o falta de acciones:

- Nuestra decisión de negar el pago de todo o parte de un servicio solicitado
- La incapacidad de uno de sus Proveedores para proporcionar los Servicios cubiertos dentro de los plazos que describimos en este Manual del miembro (consulte la sección “Acceso a los servicios cubiertos” en la página 4)
- Nuestra decisión de negar o proporcionar una autorización limitada por un servicio solicitado
- Nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que autorizamos previamente
- Nuestra decisión de negar, en su totalidad o parcialmente, el pago de un servicio donde la cobertura del servicio solicitado está en cuestión
- Nuestra incapacidad para actuar ante una solicitud de Autorización previa dentro de los plazos que describimos en este Manual del miembro (consulte la sección “Autorización previa para servicios” en la página 13)
- Nuestra incapacidad para seguir los plazos de la Apelación interna como lo explicamos en las páginas siguientes
- Nuestra decisión de derivarlo involuntariamente a un PCP diferente

Usted o su Representante designado tienen derechos específicos en el proceso de Apelaciones internas, incluidos los siguientes derechos:

- Hacer una cita para presentar información en persona o por escrito dentro de los plazos de la Apelación interna
- Enviar comentarios por escrito, documentos o información adicional sobre su Apelación interna
- Revisar su archivo de caso, que incluye información como historias clínicas y otros documentos y registros que consideramos durante el proceso de Apelación interna

- Presentar una Queja si pedimos más tiempo para tomar una decisión sobre una Apelación interna y usted o su Representante designado no están de acuerdo
- Presentar una Queja si rechazamos su solicitud de Apelación expedita y usted o su Representante designado no están de acuerdo con esa decisión

Su Representante designado puede solicitar una Apelación interna para usted. Puede designar un Representante designado enviándonos un Formulario de Representante designado firmado. Puede obtener un formulario si llama al Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. También puede encontrar el formulario en tuftshealthplan.com. Si un Proveedor, actuando como su Representante designado, solicita una Apelación, debemos contar con el Formulario de Representante designado que demuestre que el Proveedor tiene permiso para actuar en su nombre.

Si no recibimos un Formulario de Representante designado, completado y firmado en el plazo de 30 días desde la solicitud de una Apelación, esta persona no podrá actuar como su representante. El Formulario de Representante designado debe contener su firma e indicar el nombre de la persona que usted desea que lo represente para la Apelación interna, y también debe contener la firma de su representante. Debe enviárnoslo por los siguientes medios:

- **Fax** — 857-304-6321

O

- **Correo** —

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166

Si tiene preguntas, llámenos al 888-257-1985.

Tiene derecho a realizar una Apelación interna por cualquier Acción adversa si solicita una Apelación interna estándar o expedita. También tiene derecho a volver a apelar nuestra decisión sobre su decisión de Apelación interna confirmada solicitando una Revisión externa (Audiencia justa) a través de la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH) como se detalla en la página 51. Lo ayudaremos a llenar los formularios y seguir los procedimientos relacionados con todas las Apelaciones, incluyendo la provisión de servicios de intérprete.

Solicitud de una Apelación interna

Usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna para pedir que revisemos cualquier Acción adversa de las siguientes maneras:

- **Teléfono** — llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **TTY/TTD** — las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos

- **Correo** — solicite una Apelación interna por correo, con una copia de la notificación de Acción adversa para una Apelación interna a la siguiente dirección:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166

- **Correo electrónico** — solicite una Apelación interna por correo electrónico a través de la sección "Contact us" (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com

- **Fax** — solicite una Apelación interna por fax al 857-304-6321

- **En persona** — visite nuestra oficina en 1 Wellness Way, Canton, Mass., de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos

Tome en cuenta lo siguiente: Si solicita una Apelación interna por teléfono o en persona, podemos pedir que usted o su Representante designado presenten una solicitud de Apelación interna por escrito, a menos que solicite una Apelación expedita. Si no nos envía esta documentación por escrito, podríamos rechazar su Apelación interna.

Si no contamos con información suficiente para tomar una decisión sobre su Apelación interna, se la pediremos. Si no nos proporciona la información adicional, podríamos rechazar su Apelación interna.

Usted o su Representante designado deben solicitar su Apelación interna en el plazo de 60 días a partir de la notificación de una Acción adversa, como se describe en este Manual del Miembro (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 60 días desde que se entere de la Acción adversa). Usted o su Representante designado también pueden enviarnos comentarios por escrito, documentos o información adicional sobre su Apelación interna. Le haremos saber a usted y a su Representante designado por escrito en el plazo de un día hábil que recibimos su solicitud de Apelación interna.

Si no recibimos su solicitud de Apelación interna en el plazo de 60 días, consideraremos que la Acción adversa es definitiva. Desestimaremos las Apelaciones internas que usted o su Representante designado soliciten después de 60 días. Si usted o su Representante designado creen haber solicitado su Apelación interna a tiempo, usted o su Representante designado tienen derecho a solicitar que revirtamos la desestimación y continuemos con su Apelación interna.

Apelación interna estándar

Si un Proveedor, actuando como su Representante designado, solicita una Apelación en su nombre, solicitaremos el Formulario de Representante designado que demuestre que el Proveedor tiene permiso para actuar en su nombre.

Después de examinar su Apelación interna estándar, incluyendo información adicional de usted, su Representante designado o sus Proveedores, le enviaremos una copia de su archivo de caso. Le pediremos que lo revise y que proporcione información adicional antes de tomar nuestra decisión. Después de un tiempo suficiente para su revisión, tomaremos una decisión sobre su Apelación interna estándar basándonos en la revisión de un profesional de atención a la salud o de un profesional con la experiencia clínica apropiada. Esta persona no habrá participado en ninguna revisión previa, ni estará subordinada a alguien que sí lo haya hecho. Tomaremos nuestra decisión en el plazo de 30 días desde la fecha en que recibamos su solicitud.

Si necesitamos más información, y esperamos que nuestra revisión tome más de 30 días, se lo haremos saber a usted o a su Representante designado, y solicitaremos una extensión de 14 días. En ese momento, le daremos a usted o a su Representante designado una nueva fecha para que resolvamos su problema. Podemos solicitar una extensión si necesitamos más información para tomar una decisión, si creemos que la información nos permitiría aprobar su solicitud y si podemos esperar razonablemente obtener esta información en 14 días.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de prolongar el plazo, usted o su Representante designado pueden presentar una Queja como lo describimos anteriormente. Además, usted o su Representante designado tienen el derecho de obtener una extensión de 14 días para proporcionarnos más información.

A menos que nos indique que no desea recibir Servicios continuados, seguiremos cubriendo los servicios previamente aprobados hasta que tomemos una decisión sobre su Apelación interna, siempre que recibamos su solicitud para una Apelación interna en el plazo de 10 días desde la notificación de la Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 10 días desde que se entere de la Acción adversa).

Si rechazamos su Apelación interna, usted o su Representante designado pueden solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) a la BOH, siguiendo el proceso descrito posteriormente en la sección sobre la BOH en la página 51.

Apelación expedita (rápida)

Cuando desee obtener una Apelación interna, y la Apelación sea sobre servicios médicos agudos o por Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias), y tomarse el tiempo para una Apelación interna estándar podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad de conseguir, mantener o recuperar su función al máximo, contamos con un proceso de Apelación expedita.

Usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación expedita de alguna de las maneras descritas anteriormente; además, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación expedita durante la noche, los fines de semana o durante las vacaciones. Usted o su Representante designado deben solicitar su Apelación expedita en el plazo de 60 días desde la notificación de una Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 60 días desde que se entere de la Acción adversa).

A menos que usted o su Representante designado nos indiquen que no desea recibir Servicios continuados, seguiremos cubriendo los servicios previamente aprobados hasta que tomemos una decisión sobre su Apelación expedita, siempre que recibamos la solicitud en el plazo de 10 días desde la notificación de la Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 10 días desde que se entere de la Acción adversa).

Si un Proveedor, actuando como su Representante designado, solicita una Apelación expedita en su nombre, o si su Proveedor confirma que su solicitud cumple con los criterios para ser expedita, entonces aprobaremos la solicitud para apresurar la Apelación.*

*Aunque exijamos tener un Formulario de Representante designado que indique que usted cuenta con alguien que actúe en su nombre, no demoraremos el proceso de su Apelación mientras esperamos recibir el formulario si su Proveedor presentó la solicitud.

Si la solicitud de Apelación expedita no tiene relación con una afección de la salud específica, puede que decidamos o no apresurar su solicitud. Si rechazamos su solicitud de Apelación expedita, se lo comunicaremos a usted y a su Representante designado en el plazo de un día hábil y trataremos su solicitud

como una Apelación interna estándar (como lo describimos anteriormente). Usted o su Representante designado pueden presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de Apelación expedita.

Si aceptamos su solicitud de Apelación expedita, tomaremos una decisión tan pronto como su afección lo requiera y en no más de 72 horas, y comunicaremos a usted y a su Representante designado nuestra decisión por teléfono (cuando sea posible) y por escrito. Si necesitamos más información, existe una probabilidad razonable de que tal información nos permita aprobar su solicitud, y podemos esperar razonablemente obtener esta información en 14 días, se lo haremos saber y prolongaremos el plazo en 14 días. Usted o su Representante designado pueden presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra necesidad de prolongar el plazo. Usted o su Representante designado también tienen el derecho de solicitar una extensión de hasta 14 días para proporcionarnos más información.

Si rechazamos su Apelación expedita, usted o su Representante designado pueden solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) directamente a la BOH, siguiendo el proceso que describimos en la próxima sección.

Solicitud de una Revisión externa (Audiencia justa) ante la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos, Oficina de la Junta de Audiencias de Medicaid

Usted o su Representante de apelaciones pueden solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) directamente de la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH) después de que rechacemos una Apelación interna o si no resolvemos estas Apelaciones dentro de los plazos apropiados.

Enviaremos una notificación de nuestra decisión y una copia del formulario “How to Ask for a Fair Hearing” (Cómo solicitar una Audiencia justa) e instrucciones siempre que rechacemos una Apelación interna. También puede llamarnos al 888-257-1985 para obtener una copia del formulario.

Usted o su Representante de apelaciones deben realizar su solicitud de Revisión externa (Audiencia justa) en el plazo de 120 días desde la fecha de nuestra decisión sobre su Apelación interna.

Si su Revisión externa (Audiencia justa) incluye una decisión nuestra de reducir, suspender o finalizar servicios aprobados previamente, y usted desea seguir recibiendo los servicios en cuestión durante su Revisión externa (Audiencia justa), la BOH debe recibir su formulario completado en el plazo de 10 días desde nuestra decisión, y usted o su Representante de apelaciones deben indicar en el formulario de solicitud de la BOH que usted desea seguir recibiendo estos servicios. Si la decisión del BOH es adversa, tal vez le pidan que cubra el costo de los servicios.

En la Audiencia, puede representarse a sí mismo o contar con la representación de un abogado u otro representante a su cuenta. Puede comunicarse con un servicio jurídico local o con una agencia comunitaria para recibir asesoramiento o representación sin costo. Para obtener información sobre servicios jurídicos o agencias comunitarias, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711 para personas con sordera parcial o total). Cumpliremos con la decisión de la BOH y la implementaremos.

¿Tiene preguntas o inquietudes?

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el proceso de Quejas o Apelaciones, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Reclamos

Para presentar un reclamo contra MassHealth o nosotros, llame al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con MassHealth. Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o asistencia. Los servicios de My Ombudsman son gratis. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o derivarlo al lugar correcto para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarlo a atender un problema o inquietud con MassHealth o su plan de MassHealth, Tufts Health Together. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el asunto y hablará sobre las opciones con usted para ayudarlo a resolver el problema.
- Ayuda con las Apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitar a su plan de MassHealth, MassHealth o Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo realizar una Apelación y qué esperar durante el proceso de Apelaciones.

Puede llamar o escribir a My Ombudsman.

- **Llame**: 1-855-781-9898 (TTY: 711)
- **Escriba**: My Ombudsman, 25 Kingston St, 4th floor, Boston, MA 02111

También puede visitar la oficina de My Ombudsman con cita o durante los horarios de atención sin cita. Horarios de atención sin cita:

- Lunes de 1 p.m. a 4 p.m. y
- Jueves de 9 a.m. a 12 p.m.

Cuando tiene seguros adicionales

Debe informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud además de MassHealth. También debe informarnos si ocurren cambios en su cobertura de seguro adicional. Los tipos de seguro adicional que puede tener incluyen:

- Cobertura de seguro de salud grupal de un empleador para empleados o jubilados que lo cubre a usted o a cualquier dependiente de su grupo familiar, incluyendo a su cónyuge
- Cobertura en virtud de la Compensación del trabajador debido a una enfermedad o lesión laboral
- Cobertura de Medicare u otro seguro público
- Cobertura para un accidente en que está involucrado un seguro contra todo riesgo o seguro contra daños a terceros
- Cobertura que reciba a través de beneficios para veteranos

- “Continuación de cobertura” que tenga a través de COBRA. COBRA es una ley que exige a los empleadores con 20 o más empleados que permitan a los empleados y sus familiares dependientes conservar su cobertura de salud grupal durante un período después de abandonar su Plan grupal bajo ciertas condiciones.

Nosotros somos el pagador de último recurso para servicios médicos que involucren Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros o Subrogación. Consulte las siguientes secciones para obtener más información.

Coordinación de beneficios

Cuando tiene otra cobertura de seguro de salud, trabajamos con su otro seguro para coordinar sus beneficios. Este proceso se conoce como Coordinación de beneficios. La forma en la que trabajamos con otras compañías o agencias estatales depende de su situación. A través de esta Coordinación de beneficios, usted a menudo obtendrá su cobertura de seguro de salud como de costumbre a través nuestro. Si tiene otro seguro de salud, nuestra cobertura siempre será secundaria cuando otro plan le proporcione cobertura de salud, a menos que la ley indique otra cosa. En otras situaciones, como para atención que nosotros no cubrimos, una aseguradora o agencia diferente a nosotros podría cubrirlo. Si tiene un seguro de salud adicional, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, para saber cómo se gestionará el pago.

Si tiene seguro de salud integral con otro plan de salud, incluyendo Medicare, no puede recibir beneficios de MassHealth de parte nuestra. Si entra en esta categoría, MassHealth cancelará su inscripción de nuestro plan de salud. MassHealth le notificará sobre esto.

Subrogación

Si las acciones u omisión de otra persona lo lesiona, sus beneficios serán subrogados. La subrogación significa que podemos usar su derecho de recuperar dinero de la o las personas que causaron la lesión o de cualquier compañía de seguro u otro tercero. Si otra persona o parte, es o podría ser, responsable de pagar por los servicios relacionados con su enfermedad o lesión, que nosotros hemos pagado o le hemos proporcionado, nosotros subrogaremos y heredaremos todos sus derechos de recuperación contra dicha persona o parte por el 100 por ciento del valor de los servicios que pagamos o proporcionamos.

Su Proveedor debe presentar todas las Reclamaciones incurridas como resultado de cualquier caso de Subrogación antes de cualquier acuerdo. Podríamos negar las reclamaciones por servicios proporcionados antes de un acuerdo cuando su Proveedor no presenta las reclamaciones antes de que se llegue a un acuerdo.

En el caso de que otra parte reembolse cualquier gasto médico por el que pagamos, tenemos derecho a recuperar de usted el 100 % del monto que usted recibió de nosotros por dichos servicios. Los honorarios o gastos de abogado en los que usted incurra no reducirán el monto que usted debe pagarnos.

Para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación de acuerdo con este Manual del miembro, tendremos el derecho de tomar acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte para recuperar el valor de los servicios que proporcionamos o cubrimos para los cuales esa parte es o podría ser responsable. Nada en este Manual del miembro podrá interpretarse como que limita nuestro derecho a usar cualquier medio provisto por la ley para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación bajo este plan.

Le exigimos que usted cumpla con todos los requisitos de Autorización previa incluso cuando exista responsabilidad de terceros. La autorización no es una garantía de pago.

Accidentes en vehículos motorizados o lesiones o enfermedades laborales

Si usted se encuentra en un accidente en vehículo motorizado, debe usar toda su cobertura médica de la compañía de seguros de automóviles (incluyendo Protección contra lesiones personales o cobertura para pagos médicos) antes de que nosotros consideremos pagar por cualquiera de sus gastos. Debe enviarnos una explicación de pago o cartas de rechazo de una compañía de seguros de automóviles para que consideremos pagar la Reclamación que nos envíe su Proveedor.

En el caso de una lesión o enfermedad laboral, la compañía de seguros a cargo de la Compensación del trabajador será el primer responsable de esos gastos.

Cooperación entre Miembros

Como Miembro, usted acepta cooperar con nosotros en el ejercicio de nuestros derechos de Subrogación y Coordinación de beneficios. Esto significa que usted debe completar y firmar todos los documentos necesarios para ayudarnos a ejercer nuestros derechos y debe notificarnos antes de llegar a un acuerdo sobre cualquier Reclamación que surja por lesiones sufridas por usted por cualquier tercero responsable para el cual nosotros hayamos proporcionado cobertura. Usted no debe hacer nada que pudiera limitar nuestro derecho a un reembolso total. Estas provisiones de Subrogación y recuperación se aplican incluso si usted es menor de edad.

Le pedimos que usted:

- Nos dé toda la información y documentos que solicitemos
- Firme cualquier documento que consideremos necesario para proteger nuestros derechos
- Nos asigne de inmediato cualquier dinero que reciba por servicios que nosotros hayamos proporcionado o por los que hayamos pagado.
- Nos notifique de inmediato sobre cualquier posible Subrogación o Coordinación de beneficios.

También debe aceptar no hacer nada que nos perjudique o interfiera con nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de beneficios. Nada en este Manual del miembro podrá interpretarse como que limita nuestro derecho a usar cualquier medio provisto por la ley para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de beneficios bajo este plan.

Nuestras responsabilidades

La ley requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud que lo pueda identificar, conocida como Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI), entre nuestra organización, incluida la PHI oral, escrita y electrónica. Garantizamos la privacidad de su PHI de varias maneras. Por ejemplo, los empleados no discuten su PHI en áreas públicas. Controlamos las violaciones de seguridad. Mantenemos toda PHI en papel en espacios seguros. Debemos seguir los términos de esta notificación (o cualquier notificación modificada) cuando utilizamos o divulgamos su PHI. Podemos revisar esta Notificación en cualquier momento. Si lo hacemos, los cambios corresponderán a cualquier tipo de PHI suya que

conservamos y haremos que una copia de la notificación revisada esté disponible en tuftshealthplan.com o mediante una solicitud.

Tufts Health Plan[1] Notificación de las políticas de privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Tufts Health Plan valora sus derechos de privacidad y está comprometido con salvaguardar su información demográfica, médica y financiera que pudiéramos recibir o recolectar cuando le brindemos un servicio. La información que recolectamos incluye información médica protegida (“PHI", por sus siglas en inglés) e información personal (“PI”, por sus siglas en inglés). La PHI es información que se relaciona con su condición de salud física y conductual, el cuidado de su salud, o el pago del cuidado de su salud. La PI incluye información como su nombre y número de Seguridad Social. La PHI y PI se mencionan como "información" en el resto del presente aviso.

Podemos obtener su información de varias fuentes, como a través de su inscripción en un plan o de médicos y hospitales que envían formularios de reclamo que contienen su información para que podamos pagarles por los servicios que fueron prestados. Estamos obligados, por ley, a mantener la privacidad de su información. Para respaldar esto, Tufts Health Plan cuenta con políticas de privacidad y seguridad para salvaguardar, utilizar y divulgar información en cumplimiento con las leyes estatales y federales aplicables. Todos los empleados deben completar una capacitación anual de privacidad y seguridad, además que el acceso a su información está limitado a empleados quienes la requieran para realizar su trabajo. Tufts Health Plan también requiere que sus socios comerciales, que ayudan con la administración de la cobertura del cuidado de salud para usted o a su nombre, protejan su información de conformidad con las leyes aplicables.

Tufts Health Plan está obligado a notificarle nuetras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información, además de cumplir las obligaciones y prácticas que se describen en el aviso que actualmente está en vigor. Es posible que los términos del presente aviso sean modificados en cualquier momento y que se aplique el nuevo aviso a cualquier información con la que ya se cuente. Si se realiza un cambio importante a nuestro aviso, se publicará el aviso actualizado en nuestro sitio web tuftshealthplan.com.

CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN

Con el fin de administrar su cobertura de servicios de cuidado de la salud, incluyendo el pago de los servicios de atención, es necesario que utilicemos y divulguemos su información de diferentes maneras. Tufts Health Plan mantiene y aplica políticas de la compañía que rigen el uso y divulgación de información, incluyendo sólo el uso o divulgación de la cantidad mínima de información necesaria para los fines previstos. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones que están permitidos o son necesarios realizar conforme a la ley federal sin su autorización por escrito. En el caso en el que las leyes estatales u federales le ofrecen mayor protección de privacidad, se seguirán los requisitos más estrictos.

[1] Las siguientes empresas afiliadas de Tufts Health Plan se designan a sí mismas como una sola entidad afiliada cubierta y pueden compartir su información entre ellas: Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, CarePartners of Connecticut, Inc. y Point32Health Services, Inc. Group Health Plan.

Para pago

Tufts Health Plan podría utilizar o divulgar su información para fines de pago para administrar sus beneficios de salud, que podrían incluir obtener primas, determinación de elegibilidad, pago de reclamaciones y coordinación de beneficios. Los ejemplos incluyen:

- Pagar reclamos que fueron presentados por médicos y hospitales.
- Proporcionar información a un tercero para administrar una cuenta financiada por un empleado o empleador, como una Cuenta de gastos flexibles ("FSA", por sus siglas en inglés) o una Cuenta de reembolso de salud ("HRA", por sus siglas en inglés), u otro plan de beneficios, como un plan de beneficios dentales.
- Realización de revisiones de necesidad médica.
- Compartir información con terceros para Recuperación de Seguro Contra Daños a Terceros ("ILR", por sus siglas en inglés) o para fines de subrogación.

Para Operaciones de atención de la salud

Tufts Health Plan puede usar o divulgar su información para fines operacionales, tales como gestión del cuidado, servicio al cliente, coordinación de cuidado o mejora de la calidad. Los ejemplos incluyen:

- Evaluar y mejorar la calidad del servicio, cuidados y resultados para nuestros miembros.
- Aprender cómo mejorar nuestros servicios mediante encuestas internas y externas.
- Revisar las cualificaciones y desempeño de los médicos.
- Evaluar el desempeño de nuestro personal, como lo es revisar las conversaciones que tuvieron con usted nuestros representantes de servicio al cliente.
- Buscar la acreditación de organizaciones independientes, tales como el National Committee for Quality Assurance.
- Participar en programas de bienestar, salud preventiva, detección temprana, manejo de enfermedad, iniciativas de participación en la evaluación de riesgos para la salud, manejo de casos y coordinación de programas de cuidado, incluyendo enviar recordatorios de servicios de salud preventivos.
- Brindarle información sobre productos relacionados con la salud o servicios incluidos en su plan o beneficios.
- Utilizar información para suscripción, establecer tarifas de primas y determinación de montos de costo compartidos, así como la administración de políticas de reaseguro. (Tufts Health Plan no utilizará o divulgará ninguna información genética que, de cualquier manera, podría recibir con fines de suscripción.)
- Facilitar la transición de atención de una a otra aseguradora, planes de salud o administradores de terceros.
- Comunicarle sobre su elegibilidad para programas públicos, tales como Medicare.

- Otras actividades administrativas generales, que incluyen la gestión de sistemas de información y datos, manejo de riesgos, auditorías, planificación comercial y detección de fraude, y otras conductas ilegales.

Para tratamiento

Tufts Health Plan podría utilizar y divulgar su información para proveedores del cuidado de la salud (doctores, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) para que usted reciba tratamiento. Los ejemplos incluyen:

- Nuestro gerente de atención que le brinda información a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de ser dado de alta de un hospital.
- Los programas de mejora de la calidad, iniciativas de seguridad y recordatorios clínicos que se le envían a su proveedor de atención primaria.
- Divulgar una lista de medicamentos que recibe utilizando su cobertura del Tufts Health Plan para avisar a sus proveedores que lo atienden sobre cualquier medicamento recetado por otros proveedores y ayudar a minimizar el posible riesgo de interacciones medicamentosas adversas.
- Recibir sus resultados de pruebas de laboratorios que usted utiliza, de sus proveedores, o directamente de usted, utilizando los resultados para desarrollar herramientas para mejorar su salud general, y compartir los resultados con los proveedores que participan en su atención médica.

Para otros fines permitidos o necesarios.

Los siguientes son ejemplos de los tipos adicionales de usos y divulgaciones de Tufts Health Plan que están permitidos o son necesarios conforme a la ley sin su autorización por escrito:

- A usted, su familia y otros en donde se vea implicado su cuidado cuando usted es incapaz de comunicarse (como en el caso de una emergencia), cuando esté presente previo a la divulgación y esté de acuerdo con ella, o cuando la información sea claramente relevante para su participación en su atención médica o el pago de la misma.
- Compartir información de elegibilidad y de copago, coaseguro y de deducible para personas a su cargo con el suscriptor del plan de salud con el fin de facilitar el manejo de los costos de salud y la verificación del Servicio de Impuestos Interno (IRS, por sus siglas en inglés).
- A su Representante Personal (incluyendo padres o tutores de un menor, en la medida en la que la información no esté también limitada por las leyes federales o estatales aplicables) o a un individuo que usted haya indicado previamente como su Representante Designado o que esté autorizado para recibir su información. Información relacionada con cualquier atención de un menor que haya sido recibida sin el consentimiento de un padre sigue siendo confidencial a menos que el menor autorice su divulgación.
- Para nuestros socios comerciales y afiliados. Tufts Health Plan podría contratar a otras organizaciones para prestar servicios a nuestro nombre. En estos casos, Tufts Health Plan celebrará un contrato con la organización, señalando de manera explícita los requisitos relacionados con la protección, uso y divulgación de su información.

- Para su Patrocinador de plan, cuando comparta información utilizada para fines de la inscripción, renovación del plan o administración del plan. Este es su empleador o el empleador de su suscriptor si está inscrito a través de un empleador. Cuando comparta información detallada, el patrocinador de su plan debe certificar que protegerán la privacidad y seguridad de su información y que la información no se utilizará para tomar decisiones relacionadas con el empleo.
- Para entidades gubernamentales, tales como los Centros de Servicios Medicare & Medicaid, Health Connector, HealthSourceRI o MassHealth, si usted participa en un plan financiado por el gobierno.
- Para brindar información para investigación de salud para mejorar la salud de nuestros miembros y la comunidad en ciertas circunstancias, tales como cuando una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad aprueba una propuesta de investigación con protocolos para proteger su privacidad o con fines previos a la investigación.
- Para cumplir con leyes y regulaciones, tales como aquellas relacionadas con programas de compensación del trabajador.
- Para actividades de salud pública, tales como ayudar a las autoridades de salud pública con la prevención o control de enfermedades, además de esfuerzos para responder a la pandemia.
- Para reportar casos en los que se sospecha abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para actividades de supervisión de salud, tales como auditorías, inspecciones y medidas disciplinarias o de certificación. Por ejemplo, Tufts Health Plan podría presentar información a agencias gubernamentales tales como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o un departamento de seguro estatal para demostrar su cumplimiento con las leyes estatales y federales.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, tales como la respuesta a órdenes de tribunales, solicitudes restringidas o abiertas.
- Para los fines del cumplimiento de la ley, tales como ayudar a identificar y localizar un víctima, sospechoso o una persona desaparecida.
- Divulgación a forenses, examinadores médicos y directores de funerarias sobre difuntos. Tufts Health Plan también podría divulgar información sobre un difunto a una persona que participó en su cuidado o el pago de sus cuidados, o a la persona con autoridad legal para actuar en representación del caudal hereditario.
- Para organizaciones de obtención de órganos con fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos, sólo después de su autorización previa.
- Para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la de otra persona.
- Para funciones gubernamentales especializadas, tales como seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Divulgaciones por empleados con fines de denuncia.

Cualquier otro uso o divulgación que sea diferente a los permitidos o necesarios que se describieron anteriormente, Tufts Health Plan sólo usará o divulgará su información con su autorización por escrito. Por

ejemplo, solicitamos su autorización si pretendemos vender su información, usar o divulgar su información con fines de comercialización o recaudación de fondos, o, en la mayoría de los casos, usar o divulgar sus notas de psicoterapia.

Podría otorgar su autorización por escrito para usar o divulgar su información a cualquier individuo u organización para cualquier fin al presentar una forma de autorización completa. La forma se encuentra en tuftshealthplan.com, o podría obtener una copia si se comunica a Servicios para Miembros, al número de teléfono que se muestra en su Tarjeta de Identificación de Tufts Health Plan.

Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo en la medida en la que ya se haya hecho uso o divulgado con base en una autorización firmada previamente.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN

Los siguientes son ejemplos de sus derechos conforme a las leyes federales con respecto a su información. También podría contar con derechos adicionales conforme a las leyes estatales.

Solicitud de una restricción

Tiene el derecho de solicitar que se limite la manera en la que se utiliza y divulga su información relacionada con el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud a individuos que participen en su atención, o para fines de notificación, incluyendo solicitar que no se comparta su información para fines de investigación de la salud. Sin embargo, por ley, no estamos obligados a cumplir con su solicitud.

Solicitud de comunicaciones confidenciales

Tiene el derecho a solicitar que se le envíen notificaciones a usted a un domicilio que usted elija o que nos pongamos en contacto con usted a través de medios alternativos. Por ejemplo, podría solicitar que se envíe por correo su información a un domicilio diferente al domicilio de su suscriptor. Se dará respuesta a las peticiones razonables.

Acceder a su información y recibir una copia

Tiene el derecho de acceder, inspeccionar y obtener una copia de la información que mantiene Tufts Health Plan (con algunas excepciones). Tenemos el derecho de realizar el cargo por una cuota razonable por el costo de realizar y enviar por correo copias de su información.

Modificar su información

Tiene el derecho a solicitar que modifiquemos su información si cree que es incorrecta o está incompleta. Podríamos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias, como cuando nosotros no creamos la información. Por ejemplo, si un proveedor envía información médica a Tufts Health Plan que usted considere que es incorrecta, el proveedor tendrán que modificar esa información.

Recibir un Informe de la Divulgación

Tiene el derecho de solicitar un informe sobre las instancias en las que se realizó una divulgación de su información, salvo por las divulgaciones que se realizaron para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud o para cualquier otro fin permitido o solicitado. Su solicitud debe de estar limitada los seis años previos a la misma. Si solicita más de un informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable.

Reciba una copia del presente Aviso de las Políticas de Privacidad

Tiene el derecho a recibir, de nuestra parte, una copia en papel del presente Aviso en cualquier momento en el que lo solicite.

Notificación de un incumplimiento

Tiene el derecho a recibir una notificación si se ha presentado un incumplimiento de su información no segura de nuestra parte o de nuestros socios comerciales. Se le enviará una notificación por escrito mediante correo, salvo que no contemos con su información de contacto actualizada. En estos caso, se le notificará a través de un método secundario, como lo podría ser publicando la notificación en nuestro sitio web público.

Puede ejercer cualquiera de sus derechos de privacidad que se mencionaron anteriormente al comunicarse con Servicios para Miembros al teléfono que se muestra en su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan. En algunos casos, podríamos solicitar que envíe un solicitud por escrito. Tufts Health Plan no le solicitará que renuncie a sus derechos como condición para que se le brinde tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios.

A QUIÉN CONTACTAR CON PREGUNTAS O QUEJAS

Si cree que se han incumplido sus derechos de privacidad o desea obtener más información, puede enviar una pregunta o queja a:

Funcionario de privacidad
Point32Health
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

O puede llamar a nuestra Línea Directa de Cumplimiento al (877) 824-7123 o a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan.

También tiene derecho a presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede encontrar más información en www.hhs.gov/ocr.

Tufts Health Plan no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

ESTE AVISO ENTRA EN VIGOR EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

Paridad en la Salud Mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las Organizaciones de atención administrada, incluido nuestro plan de salud, proporcionen Servicios de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) a miembros de MassHealth en la misma manera en que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como “paridad”. En general, esto significa que:

- Debemos proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y trastorno por consumo de sustancias que pueda tener, al igual que para otros problemas físicos que pueda tener
- Debemos tener requisitos de Autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias al igual que para los servicios de salud física

- Debemos proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de Necesidad médica usados por nosotros para la Autorización previa al recibir su solicitud o la de su proveedor
- También debemos proveerle, dentro de un plazo razonable, la razón del rechazo de autorización de servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias

Si considera que no estamos proporcionando paridad como se explicó anteriormente, usted tiene el derecho de presentar una Queja ante nosotros. Para obtener más información sobre Quejas y cómo presentarlas, consulte la sección Quejas en este Manual del miembro.

También puede presentar una Queja ante MassHealth. Puede hacer esto llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Cumplimiento con las leyes estatales y federales

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales que aplican, incluyendo:

- El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según la implementación de las normas de la parte 80 del Código de Reglamentos Federales (CFR) 45.
- La Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 según la implementación de las normas de la parte 91 del CFR 45.
- La Ley de Rehabilitación de 1973.
- El Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 (con respecto a los programas y actividades educativos).
- Los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible y Protección al Paciente (29 de marzo de 2021).

Glosario

Para que comprenda lo que necesita saber sobre el plan de salud, hemos dejado en mayúscula las palabras y los términos importantes en este Manual del miembro. Aquí encontrará definiciones para cada uno de estos términos.

Acciones adversas son las siguientes acciones o falta de acciones:

- Si negamos el pago de todo o parte de un servicio solicitado.
- Si negamos o proporcionamos una autorización limitada por un servicio solicitado.
- Si no actuamos ante una solicitud de Autorización previa dentro de los marcos de tiempo que describimos en este Manual del miembro.
- Si no cumplimos con los marcos de tiempo de una Apelación interna que describimos en este Manual del miembro.
- Si reducimos, suspendemos o interrumpimos un servicio que autorizamos previamente.

- Si uno de nuestros Proveedores no proporciona los Servicios cubiertos dentro de los marcos de tiempo que describimos en este Manual del miembro (consulte la sección “Acceso a los servicios cubiertos” en la página 4).
- Si lo derivamos involuntariamente a un PCP diferente

Administración de utilización es nuestro proceso constante de revisión y evaluación de la atención que recibe, para asegurarnos de que es adecuada y la que necesita.

Una **Agencia de Servicio a la Comunidad** (Community Service Agency, CSA) ofrece Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) y apoyo familiar y servicios de capacitación para jóvenes elegibles de MassHealth con trastornos emocionales graves (serious emotional disturbance, SED) y sus familias/cuidadores. Hay 32 CSA en todo el estado. Para más información sobre los servicios de las CSA o para encontrar una CSA, puede hablar con su Proveedor de atención primaria o llamar a nuestro Equipo de servicios para miembros al 888-257-1985. También puede encontrar esta información en tuftshealthplan.com y en nuestro Directorio de proveedores. Llámenos si desea una copia del Directorio de proveedores.

Un **Año de beneficios** es el ciclo anual en el que opera su plan de salud.

Una **Apelación expedita** (rápida) es una solicitud oral o escrita para una revisión rápida de una Acción adversa cuando su vida, salud o capacidad de conseguir, mantener o recuperar su función al máximo estará en riesgo si seguimos nuestros plazos estándar cuando revisemos su solicitud.

Apelación: consulte Apelaciones internas.

Las **Apelaciones internas** son solicitudes verbales o escritas para que nuestro plan de salud revise una Acción adversa.

El **Área de servicio** es el área geográfica en la que nuestro plan de salud ha desarrollado una Red de proveedores para proveer el acceso adecuado a los Servicios cubiertos para los Miembros.

Atención de urgencia incluye servicios que no son de Emergencia o de rutina.

Atención no sintomática es la atención que no se asocia con ningún signo de salud visible. Ejemplos incluyen visitas de bienestar y exámenes físicos. Consulte también "Atención preventive.

La **Atención preventiva** incluye una variedad de servicios para niños y adultos, como exámenes médicos anuales, exámenes de presión arterial, vacunas, evaluaciones conductuales para niños y muchos otros servicios para ayudarlo a mantenerse saludable.

Atención primaria es la atención médica integral y coordinada que usted recibe durante una primera consulta y en cualquier consulta siguiente. La atención primaria comprende los antecedentes médicos de ingreso, el diagnóstico y el tratamiento médico, evaluaciones de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias), comunicación de información sobre prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud y Autorizaciones previas.

Atención sintomática no urgente es la atención asociada con signos y síntomas de salud visibles pero que no requieren atención de salud inmediata. Ejemplos incluyen visitas para dolores de cabeza recurrentes o fatiga.

Audiencia justa es otro término para una Revisión externa de la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH).

Autorización: consulte Autorización previa.

Autorización previa es la aprobación que Tufts Health Plan le da para que reciba un servicios de atención a la salud específico. Nosotros debemos autorizar determinados tipos de servicios y Proveedores antes de que usted pueda recibir el servicio o consultar al Proveedor. Tomamos en cuenta el beneficio, los límites del beneficio y el estado del Proveedor en la Red cuando tomamos nuestra decisión.

Un **Centro comunitario de salud conductual** (CBHC) ofrece tratamiento para condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, lo que incluye citas de rutina, visitas urgentes y servicios de estabilización e intervención en casos de crisis basados en la comunidad 24 horas al día, 7 días a la semana como una alternativa a los departamentos de emergencia de los hospitales.

Compensación del trabajador es la cobertura del seguro que los empleados mantienen de conformidad con la ley federal y estatal para cubrir las lesiones y las enfermedades bajo ciertas condiciones.

Cancelación de la inscripción es el proceso por el cual finaliza la cobertura de un Miembro.

Una **Consulta** es cualquier pregunta o solicitud que tenga para nosotros.

La **Continuidad de la atención** es cómo garantizamos que siga recibiendo la atención que necesita cuando su médico ya no está en nuestra Red, o cuando se convierte en Miembro por primera vez y estaba recibiendo atención de otro médico que no está en nuestra Red.

La **Coordinación de beneficios** es cómo recibimos dinero de otras personas para pagar sus necesidades de atención a la salud cuando tiene cobertura de más de una compañía de seguros.

Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) es un programa que ciertos Miembros con problemas médicos y de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) difíciles de manejar, inestables o de larga duración pueden recibir si trabajar con un equipo de clínicos y profesionales les resultará de ayuda.

Un **copago** es una pequeña cantidad que un miembro paga al recibir los servicios de atención médica. La única vez que un miembro puede tener un copago es cuando obtiene ciertos medicamentos recetados.

Una **Directiva anticipada** es un documento legal, a veces conocido como testamento en vida, poder legal para la atención a la salud o poder de representación para la atención a la salud, con instrucciones escritas que usted crea para gestionar su atención si ya no es capaz de tomar decisiones sobre su atención a la salud. Un testamento en vida entrega instrucciones de tratamiento en caso de situaciones en que se salve o sustente la vida. Un poder de representación para la atención a la salud o poder legal para la atención a la salud le permite elegir a una persona específicamente para que tome decisiones por usted si se enferma o queda incapacitado.

El **Directorio de proveedores** es una publicación que indica los establecimientos y los profesionales de atención a la salud, incluyendo a todos los Proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP), Especialistas ordenados por especialidad, Hospitales, salas de emergencia y Centro comunitario de salud conductual local (CBHCs), farmacias, Servicios auxiliares y servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) y centros de salud basados en escuelas. Puede llamarnos al 888-257-1985 para obtener un Directorio de proveedores.

El **Equipo de Servicios para Miembros** es el equipo en nuestro plan de salud que se encarga de todas sus preguntas sobre políticas, procedimientos, solicitudes e inquietudes. Puede comunicarse con nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Elegibilidad es si usted califica o no para los beneficios de MassHealth.

Una **Emergencia** es una afección médica o de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) con síntomas tan graves, incluido el dolor agudo, que una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que no recibir atención médica de inmediato podría causar que la salud del Miembro (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer y su hijo nonato) esté en grave peligro. Este peligro podría incluir daño grave a las funciones corporales o un problema grave de cualquier órgano o parte del organismo; o en el caso de una mujer embarazada que tenga contracciones, si no hubiera suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro Hospital antes del parto, o si esa transferencia pudiera ser perjudicial para la salud de la mujer o su hijo nonato.

Un **Especialista** es un Proveedor que está capacitado para proporcionar servicios médicos de especialidades, como cardiólogos (médicos del corazón), obstetras (médicos que atienden a las mujeres embarazadas) y dermatólogos (médicos de la piel).

Los **servicios de Evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento** (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) son Servicios de cuidado preventivo y tratamiento, como exámenes físicos y chequeos de niño sano, y evaluaciones del desarrollo, que los Miembros de MassHealth Standard y CommonHealth menores de 21 años pueden recibir de un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) a determinadas edades identificadas. Estos incluyen una evaluación completa (por ejemplo, evaluaciones de salud física, mental y del desarrollo), coordinación de servicios, intervención en crisis y servicios en el hogar.

Los **servicios de Evaluación y diagnóstico de atención a la salud pediátrica preventiva** (Preventive Pediatric Healthcare Screening and Diagnosis, PPHSD) son servicios de Atención preventiva y de tratamiento, que los Miembros de MassHealth Family Assistance menores de 21 años pueden recibir de un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) en un cronograma periódico.

La **Fecha de entrada en vigor de la cobertura (o Fecha efectiva)** es la fecha en que se convierte en Miembro de nuestro plan de salud y es elegible para recibir Servicios cubiertos. Por lo general para los miembros de MassHealth Standard/CommonHealth y Family Assistance, su Fecha de entrada en vigor de la cobertura es un día hábil después de que MassHealth nos comunique sobre su inscripción. Para los miembros de MassHealth CarePlus, su Fecha de entrada en vigor de la cobertura es el primer día del mes siguiente a su inscripción. Por lo tanto, si usted se inscribió en MassHealth CarePlus el 3 de julio, su Fecha de entrada en vigor de la cobertura será el 1 de agosto.

Un **Formulario** de representante designado es un formulario para designar a un representante para que actúe en tu nombre y autorice a Tufts Health Plan a divulgar tu información médica protegida a ese representante.

Fraude es cuando una persona obtiene servicios o pago por servicios en forma deshonesta pero no tiene derecho a recibirlos según las reglas de MassHealth o Tufts Health Plan. Un ejemplo de Fraude es cuando un Miembro les presta sus tarjetas de identificación de Miembro del plan de salud a otras personas para que puedan recibir atención a la salud o servicios de farmacia.

Gestión Clínica Intensiva (Intensive Clinical Management, ICM) es un programa de Gestión de la atención que ofrecemos a los Miembros. ICM puede incluir programas y servicios de apoyo de la comunidad, terapia en el hogar, planificación de prevención de crisis y apoyo de seguimiento.

La **Gestión de la atención** (y Gestión de atención integrada) es cómo regularmente evaluamos, coordinamos y lo ayudamos con sus necesidades médicas, de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) o c social. A través de la Gestión de la atención, hacemos nuestro mejor esfuerzo por garantizar que pueda acceder a atención de alta calidad, rentable y adecuada; conseguir información sobre prevención de enfermedades y bienestar; y estar y mantenerse saludable.

La **Herramienta sobre Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes** (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS) les da a los Proveedores de salud conductual una forma estandarizada de organizar la información durante las evaluaciones clínicas de Salud conductual para Miembros menores de 21 años y el proceso de planificación del alta para servicios de hospitalización psiquiátrica y tratamiento agudo basado en la comunidad.

Un **Hospital** es cualquier establecimiento licenciado que provee atención médica y quirúrgica para pacientes que tienen enfermedades o lesiones agudas y que American Hospital Association indica como un Hospital o que la Comisión Conjunta acredita.

La **Información médica protegida** (Protected Health Information, PHI) es cualquier información (oral, escrita o electrónica) sobre su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, o sobre su atención a la salud o pago por la atención a la salud. La PHI incluye cualquier información médica que una persona pueda usar para identificarlo.

La **Iniciativa de Salud Conductual para Niños** (Children's Behavioral Health Initiative, CBHI) se asegura que si usted y sus niños tienen cualquier necesidad importante de salud conductual, emocional y mental reciban los servicios necesarios para estar bien en su hogar, en la escuela y en su comunidad.

La **Junta de audiencias** (Board of Hearings, BOH) es una oficina dentro de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), Oficina de Medicaid.

Nuestra **Línea de Enfermería** "NurseLine" es nuestra línea de ayuda para preguntas de salud, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Cuando llama a nuestra Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711), puede hablar con un profesional de atención a la salud dedicado y comprensivo en cualquier momento y sin costo para usted. Nuestro personal de la Línea de Enfermería, 24/7 NurseLine puede proporcionarle información y apoyo sobre temas de atención a la salud como síntomas, diagnóstico y resultados de exámenes, así como tratamientos, exámenes y procedimientos que el Proveedor haya indicado. La Línea de Enfermería NurseLine no reemplaza a su Proveedor.

Su **Manual del miembro** es este documento que describe los Servicios cubiertos que usted recibe con nuestro plan de salud. Es nuestro contrato con usted e incluye cualquier cláusula, enmienda u otro documento que se agregue a los detalles de los Servicios cubiertos.

MassHealth son los programas de beneficios o asistencia médica (también conocidos como Medicaid) que administra la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS). Tufts Health Plan cubre a los miembros de MassHealth bajo los planes Standard, CommonHealth, Family Assistance y CarePlus.

MassHealth CarePlus ofrece beneficios de salud para adultos de 21 a 64 años de edad que no son elegibles para MassHealth Standard.

MassHealth CommonHealth ofrece beneficios de salud similares a los de MassHealth Standard para adultos con discapacidades y niños o adultos jóvenes con discapacidades que no pueden recibir MassHealth Standard debido a que sus ingresos son demasiado altos.

MassHealth Family Assistance ofrece beneficios de salud para niños, adultos jóvenes y ciertos inmigrantes y hombres y mujeres VIH positivos que no pueden obtener cobertura de MassHealth Standard, CommonHealth o CarePlus.

MassHealth Standard ofrece una gama completa de beneficios de atención a la salud. Está disponible para personas menores de 21 años, mujeres embarazadas, padres o familiares cuidadores que viven con un niño menor de 19 años de edad, personas con discapacidades (según se determina en los estándares establecidos por las leyes federales y estatales – las personas deben tener una afección mental o física que les limite su capacidad de trabajar durante al menos 12 meses), personas VIH positivo que reciben servicios o que están en una lista de espera para obtener servicios del Departamento de Salud Mental, personas con cáncer de mama o de cuello uterino, y personas Médicamente frágiles que por lo demás son elegibles para CarePlus. Los niveles de ingresos para la elegibilidad varían para estos grupos diferentes.

Una persona **Médicamente frágil** tiene necesidades especiales de atención a la salud. Por ejemplo, una persona que tiene una afección médica, de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que limita su capacidad de trabajar o ir a la escuela; necesita ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse; recibe regularmente atención médica, cuidados personales o servicios de salud en el hogar o en otro entorno comunitario, como un centro de cuidados diurnos para adultos, o que tiene una enfermedad terminal.

Médicamente necesario o **Necesidad médica** son servicios que, dentro de lo razonable, tienen la intención de prevenir, diagnosticar, detener el empeoramiento, mejorar, corregir o curar afecciones que ponen en peligro su vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o deficiencia, pueden causar o empeorar una discapacidad, o pueden ocasionar que se enferme mucho y para las cuales no hay otro servicio médico o centro de servicio que pueda darle el mismo resultado, que esté disponible y sea adecuado para usted, y que sea más conservador o menos costoso. Los servicios Médicamente necesarios deben ser de una calidad que cumpla con los estándares de atención a la salud reconocidos profesionalmente y deben ser validados por registros incluyendo evidencia de dicha Necesidad médica y calidad.

Un **Miembro** es cualquier persona inscrita en nuestro plan de salud por elección o asignación de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), o sus designados.

Nuestra **Notificación de las Prácticas de privacidad** le informa de cómo usamos y divulgamos su Información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Para leer nuestra Notificación de las Prácticas de privacidad, visite tuftshealthplan.com o llame al 888-257-1985 para que le envíen una copia por correo postal.

Una **Organización de atención responsable** (ACO) es un equipo de médicos y proveedores de atención médica liderados por su proveedor de atención primaria (PCP). La misión del equipo es ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud y, al mismo tiempo, facilitarle la obtención de atención de alta calidad.

Un **Proveedor** es una persona, establecimiento, institución, organización u otra entidad con las licencias y acreditaciones correspondientes que tiene un contrato con Tufts Health Plan, o su subcontratista, para prestar Servicios cubiertos según este contrato.

Un **Proveedor de atención primaria** (Primary Care Provider, PCP) es el Proveedor individual o equipo que usted elige, o que nosotros le asignamos, para que atienda todas sus necesidades de atención a la salud. Los PCP que son médicos deben tener una de las siguientes especialidades: práctica familiar, medicina interna, práctica general, medicina infantil o para adolescentes u obstetricia/ginecología (solo para mujeres). El PCP debe estar certificado por la junta o ser elegible para la certificación de la junta en su área de especialidad. También puede escoger un enfermero profesional o un asistente médico licenciado como su PCP si el enfermero profesional o un asistente médico licenciado son Proveedores de nuestra Red. Los PCP para personas con discapacidades, incluyendo personas con VIH/SIDA, pueden incluir médicos de otras especialidades.

Un **Proveedor dentro de la red** es un Proveedor contratado por nuestro plan de salud para prestar Servicios cubiertos a los Miembros.

Un **Proveedor fuera de la red** es un proveedor con quien no tenemos contrato para prestar Servicios cubiertos a los Miembros.

Una **Queja** es una expresión de su insatisfacción o la de su Representante designado sobre cualquier acción o falta de acción por parte de nuestro plan de salud distinta a una Acción adversa. Los motivos para presentar Quejas pueden incluir entre otros, la calidad de la atención o los servicios prestados, mala educación de parte de un Proveedor o un empleado de nuestro plan de salud, no respetar sus derechos, un desacuerdo que pueda tener con nuestra decisión de no aprobar una solicitud para apresurar una Apelación interna, un desacuerdo con nuestras solicitudes de extender los plazos para resolver una decisión de autorización o una Apelación interna.

Una **Reclamación** es una factura que su Proveedor nos envía para solicitarnos que paguemos los servicios que recibe.

Red o **Red de Proveedores** es el grupo colectivo de Proveedores que tienen contrato con Tufts Health Public Plans, Inc. para prestar Servicios cubiertos.

Una **red de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños** (CBHI) ofrece una variedad de servicios integrales para determinados niños menores de 21 años de edad. Estos incluyen Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) y apoyo familiar y servicios de capacitación para jóvenes elegibles de MassHealth con trastornos emocionales graves (serious emotional disturbance, SED) y sus familias/cuidadores ofrecidos a través de Agencias de Servicio de la Comunidad (Community Service Agencies, CSA; consulte la definición a continuación). Otros servicios de CBHI incluyen Terapia en el hogar, Servicios de salud conductual en el hogar y Servicios ambulantes de intervención en crisis para jóvenes. Para más información sobre los servicios de CBHI o para encontrar una CSA u otro proveedor de servicios de CBHI, puede hablar con su Proveedor de atención primaria o llamar a nuestro Equipo de servicios para miembros al 888-257-1985. También puede encontrar esta información en tuftshealthplan.com y en nuestro Directorio de proveedores. Llámenos si desea una copia del Directorio de proveedores.

Un **Referido** es una notificación que nos envía de su PCP que indica que puede recibir atención de un Proveedor distinto.

Una **Región** es el área en la que usted vive y donde debería elegir a su Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Un **Representante designado** es alguien que designas por escrito para tomar decisiones relacionadas con tu plan de beneficios y recibir información relacionada con el cuidado de tu salud.

Una **Revisión de la decisión sobre una queja** es una segunda revisión de una decisión tomada por nuestro plan de salud con respecto a una queja.

Revisión de utilización es nuestro proceso de estudiar la información de médicos para ayudarnos a decidir los servicios que necesita para estar mejor o mantenerse saludable. Nuestros métodos formales de revisión nos permiten controlar el uso, o evaluar la necesidad clínica, de la idoneidad o eficiencia de los Servicios cubiertos, los procedimientos o los entornos. Los métodos de revisión pueden incluir, entre otros, revisión ambulatoria, revisión prospectiva, Segunda opinión, certificación, revisión concurrente, Gestión de la atención, planificación del alta o revisión retrospectiva.

Una **Revisión externa** (Audiencia justa) es una solicitud escrita presentada ante la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), Oficina de la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH) de Medicaid para revisar las decisiones sobre Apelaciones de Tufts Health Plan. La EOHHS se refiere a una Revisión externa como una “Audiencia justa”.

Los **servicios de Salud conductual** (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) incluyen visitas, consultas, asesoramiento, exámenes y evaluaciones de salud mental o consumo de sustancias, como también servicios hospitalarios, ambulatorios, de desintoxicación y servicios alternativos.

Una **Segunda opinión** es una consulta que puede hacer con respecto a un procedimiento médico de un Proveedor dentro de la red. Su Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) lo referirá a un Proveedor dentro de la red para que reciba una Segunda opinión. Nosotros debemos darle una Autorización previa cuando su Proveedor desee que usted reciba una Segunda opinión de un proveedor que no forme parte de la Red de proveedores. Tufts Health Plan pagará cualquier costo relacionado para que usted reciba una Segunda opinión de un Proveedor dentro de la red contratado o, con una Autorización previa, de un proveedor que no forme parte de la Red de proveedores.

Los **Servicios auxiliares** son exámenes, procedimientos, imágenes y servicios de apoyo (tales como análisis de laboratorio y servicios de radiología) que recibe en un entorno de atención a la salud y que ayudan a su Proveedor a diagnosticar o tratar su condición.

Servicios como paciente hospitalizado son servicios que necesitan al menos una estancia de una noche en un entorno hospitalario. Por lo general, esto se aplica a servicios que recibe en establecimientos licenciados, como Hospitales y centros de enfermería especializada.

Servicios continuados incluye cualquier servicio o servicios que usted recibe mientras espera una decisión sobre una Apelación interna o una Revisión externa (Audiencia justa) de la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH) Esto incluye cuando la Apelación se presentó dentro de los 10 días e involucra la reducción, suspensión o interrupción de un curso de tratamiento previamente autorizado; el período original cubierto por la autorización original no se ha vencido; y usted solicitó una extensión de beneficios. A menos que diga claramente que no desea recibir estos servicios, usted seguirá recibiendo estos servicios hasta que retire la Apelación interna o la Revisión externa (Audiencia justa) de la BOH o la BOH emita una decisión de mantener la decisión original de la Apelación interna. Si la BOH mantiene nuestra decisión original, es posible que usted deba devolverle a MassHealth el costo de los servicios solicitados que recibió.

Los **Servicios cubiertos** son los servicios y suministros que cubre nuestro plan de salud y MassHealth. La Lista de servicios cubiertos en Appendix A de este Manual del miembro tiene todos sus Servicios y suministros cubiertos. Puede llamar a Servicios para miembros al 888-257-1985 o visitar tuftshealthplan.com para obtener copias de la Lista de servicios cubiertos o del Manual del miembro.

Servicios de atención paliativa son servicios diseñados para cubrir las necesidades de los miembros a quienes se les certificó una enfermedad terminal y tienen una expectativa de vida de seis meses o menos, si la enfermedad continúa su curso normal. Los Servicios de atención paliativa incluyen cuidados paliativos de rutina, atención continua en el hogar, atención de descanso para pacientes internados y atención general para pacientes internados.

Servicios de atención posteriores a la estabilización son Servicios cubiertos que le ayudan a mejorar y mantenerse saludable después de una afección de salud de emergencia. Puede recibir Servicios de atención posteriores a la estabilización en Hospitales y todos los centros de atención a la salud que proporcionan servicios de emergencia.

Servicios de planificación familiar son servicios que puede recibir de cualquier Proveedor contratado de MassHealth y su Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) sin un Referido. Los Servicios de planificación familiar incluyen métodos anticonceptivos, exámenes, orientación, pruebas de embarazo y algunos análisis de laboratorio.

Subrogación es el procedimiento por el cual nuestro plan de salud puede recuperar el costo total o parcial de los beneficios pagados de personas o entidades terceras, como una compañía de seguros.

Una **Tarjeta de identificación del Miembro** (Tarjeta de identificación) del plan de salud es la tarjeta que lo identifica como Miembro de nuestro plan de salud. Su tarjeta de identificación de miembro incluye su nombre y su número de identificación de miembro. Debe mostrarla y mostrar su Tarjeta de identificación de MassHealth a los Proveedores y farmacéuticos antes de recibir servicios. Si pierde su Tarjeta de identificación de miembro, o si alguien le roba su Tarjeta de identificación de miembro, llámenos para obtener otra.

Un **Tope de copago** es el límite sobre los copagos que un farmacéutico puede cobrarle cada año (1 de enero al 31 de diciembre)

2024

Tufts Health Together with CHA

Lista de Servicios Cubiertos

7519 1112823

LISTA DE SERVICIOS CUBIERTOS

Cobertura MassHealth Standard o CommonHealth, MassHealth CarePlus y MassHealth Family Assistance

Por favor, consulte las páginas siguientes para obtener los detalles exactos y/o limitaciones que incluyen los requisitos de autorizaciones previas. Cada plan puede tener diferentes servicios y beneficios a disposición de nuestros miembros.

Cobertura MassHealth Standard o CommonHealth.....72

Cobertura MassHealth CarePlus.....105

Cobertura MassHealth Family Assistance.....129

Lista de servicios cubiertos para afiliados de ACO de Atención primaria y del Plan del PCC con cobertura de MassHealth Standard y MassHealth CommonHealth

Información general

La siguiente tabla brinda información general sobre los servicios y los beneficios cubiertos para los afiliados de MassHealth CarePlus que estén inscritos en nuestro plan de salud. Coordinaremos todos los servicios cubiertos que se indican a continuación. Usted tiene la responsabilidad de llevar siempre con usted sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth para mostrarlas a sus proveedores en todas las citas.

La tabla también muestra si el servicio requiere un referido (la aprobación de un Proveedor de Atención Primaria, o PCP), una autorización previa, o PA, (permiso nuestro o de uno de nuestros proveedores), o bien ambos para recibir el servicio. Hay más información sobre autorizaciones previas y referidos en su folleto para el afiliado. Antes de recibir determinados servicios, es posible que los proveedores le pidan información sobre sus necesidades de atención de salud para determinar si el servicio le corresponde y para inscribirlo en dicho servicio con su plan de seguro de salud (de ser obligatorio).

Puede llamar a nuestro equipo de servicios para miembros para obtener más información sobre los servicios y beneficios o para hacer preguntas. Consulte el número de teléfono y el horario de servicios para miembros al final de cada página de este documento.

- Si tiene preguntas sobre los servicios médicos o salud conductual llame al (888) 257-1985 o por TDD/TTY al 711 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla)
- Para ver más información sobre los servicios de farmacia cubiertos, llame al (888) 257-1985 o consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Para consultar sobre los servicios dentales, por favor llame al (800) 207-5019 o por TDD/TTY al 711 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o visite www.masshealth-dental.net.

Por favor tenga en cuenta que los servicios y los beneficios cubiertos por MassHealth cambian de vez en cuando y que podría haber cierta flexibilidad debido a la pandemia por COVID-19. La Lista de servicios cubiertos es solamente para su información general y no debería ser su único recurso para determinar la cobertura (por ejemplo, podría haber topes para la cobertura de un servicio). El reglamento de MassHealth rige los servicios y los beneficios cubiertos que usted tiene a su disposición. Para consultar el reglamento de MassHealth:

- visite el sitio web de MassHealth, en http://www.mass.gov/masshealth o
- llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711, para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p.m.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de Emergencia		
Servicios de emergencia para pacientes hospitalizados y ambulatorios	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	**No**	**No**
Tratamiento de acupuntura: Para aliviar el dolor o como anestesia	**No**	**Sí**
Servicios de hospital para pacientes internados con enfermedades agudas: Incluye todos los servicios para pacientes internados en un hospital de enfermedades agudas, como intervenciones médicas en el día, cirugías, obstetricia, salud conductual, radiología, análisis de laboratorio, y otros procedimientos de diagnóstico o de tratamiento. También incluye días administrativamente necesarios (AND). Podrían requerirse evaluaciones previas.	**Sí**	**Sí**
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios con enfermedades agudas: Son servicios prestados en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o de una clínica satélite. Generalmente los brinda, los dirige o los indica un médico. Los servicios incluyen: atención especializada, de observación, de cirugía en el día, de diagnóstico y de rehabilitación.	**Sí**	**Sí**

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de Atención de salud diaria para adultos (ADH): Son servicios prestados en un centro por proveedores de atención de salud diaria para adultos que son autorizados por el DPH y tienen el objetivo general de satisfacer las actividades de la vida diaria (ADL) y/o las necesidades de enfermería especializada y de terapia, las cuales podrían incluir: • Servicios de enfermería y supervisión de la salud • Servicios de nutrición y dietética • Administración de la atención y servicios sociales de apoyo y defensoría • Actividades de terapia de apoyo • Transporte	*	*
Servicios de cuidado temporal para adultos (AFC): Son servicios comunitarios prestados a los afiliados de 16 años y mayores por un cuidador que convive con el consumidor para satisfacer sus necesidades de: • Actividades de la vida diaria (ADL) y • Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). • El proveedor de AFC brinda los servicios de enfermería de supervisión y de administración de la atención.	*	*
Servicios de cirugía ambulatorias: Son servicios quirúrgicos, de diagnóstico y médicos que brindan diagnósticos o tratamientos por medio de intervenciones quirúrgicas, incluidas las cirugías bucales que requieran anestesia general, local o regional para pacientes que no necesiten servicios de internación o de una noche de internación al final del procedimiento, pero que requieran supervisión médica constante durante un breve período de tiempo posterior a la finalización del procedimiento.	Sí	Sí
Servicios de audiología (audición): Los servicios incluyen, entre otros, pruebas para determinar la pérdida de la audición, evaluaciones para audífonos, recetas para audífonos y la rehabilitación auditiva.	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de quiropráctica: Son el tratamiento de manipulación quiropráctica, las visitas en el consultorio y algunos servicios de radiología (p. ej., radiografías).	No	Sí
Servicios de Hospital para Enfermedades Crónicas y de Rehabilitación (CDRH): Son servicios en un hospital para enfermedades crónicas o en un hospital de rehabilitación. Después de estar 100 días en un CDRH, lo transferirán de su plan a un plan de MassHealth con pago por servicio (*fee-for-service*) para que siga recibiendo los servicios de CDRH. [Nota: Los afiliados que también reciban servicios en un Centro de enfermería especializada serán transferidos después de haber recibido 100 días de servicios combinados en un CDRH y en un centro de enfermería especializada.]	Sí	Sí
Servicios de centro de salud comunitario: Los ejemplos incluyen: • Consultas con especialista • Servicios de ginecología y obstetricia (OB/GYN) • Servicios de pediatría, incluidos los Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) • Servicios médicos sociales • Servicios nutricionales, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia médica nutricional • Vacunas o inmunizaciones • Educación para la salud	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de habilitación diurna: Los servicios en un centro para afiliados con retraso intelectual o discapacidades del desarrollo, ofrecidos por un proveedor de habilitación durante el día, podrían incluir: • Servicios de cuidados de enfermería y atención de salud supervisada • Capacitación en destrezas del desarrollo • Actividades o terapias personalizadas • Asistencia con actividades de la vida diaria (ADL)	*	*
Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Los servicios de capacitación y de educación para el autocontrol de la diabetes son prestados a personas con prediabetes o diabetes por un médico o por determinados profesionales acreditados y calificados en atención de salud (p. ej., enfermeros matriculados, médicos asociados, enfermeros de práctica avanzada y nutricionistas con licencia).	No	Sí
Servicios de diálisis: Es la diálisis renal médicamente necesaria que incluye todos los servicios, suministros y pruebas de laboratorio de rutina; también incluye capacitación para la diálisis en el hogar.	No	Sí
Equipo médico duradero (DME): Incluye, entre otros, la compra o alquiler de equipo médico, repuestos y reparación de dichos artículos. El DME cubierto incluye, por ejemplo, • productos absorbentes • extractores de leche • nutrición por vía digestiva (enteral) y parenteral • monitores de glucosa y suministros para diabéticos • equipos para movilidad y sistemas para sentarse • camas de hospital y accesorios	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de intervención temprana	No	Sí
Servicios de planificación familiar	No	No
Barniz de flúor: El barniz de flúor es aplicado por los pediatras y otros profesionales calificados de atención de salud (médicos asociados, enfermeros de práctica avanzada, enfermeros matriculados y enfermeros prácticos licenciados) a los afiliados menores de 21 años, durante una consulta pediátrica de atención preventiva.	No	No
Cuidado grupal temporal para adultos (GAFC): Son servicios comunitarios prestados a afiliados de 22 años y mayores por un ayudante de atención directa que convive con el consumidor para satisfacer sus necesidades de: • Actividades de la vida diaria (ADL) y • Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). • El proveedor de GAFC brinda los servicios de enfermería de supervisión y de administración de la atención.	*	*
Servicios de audífonos	Sí	Sí
Servicios de salud en el hogar: Son los servicios de atención especializada y de apoyo que se proveen en el hogar del afiliado para satisfacer las necesidades de atención especializada y las actividades de la vida diaria (ADL) relacionadas para que el afiliado pueda permanecer en su hogar de manera segura. Los servicios disponibles incluyen enfermería especializada, administración de medicamentos, ayudante de cuidado de salud en el hogar y terapia ocupacional, física y del habla o del lenguaje.	Sí	Sí
Servicios de hospicio: Los afiliados deben consultar con MassHealth o con su plan de seguro de salud sobre las opciones para recibir los servicios de hospicio por enfermedades terminales.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios por infertilidad: Incluye el diagnóstico de la infertilidad y el tratamiento de la afección médica subyacente.	Sí	Sí
Servicios en un lugar para aislamiento y recuperación: Son los servicios que un afiliado recibe en un lugar para aislarse y recuperarse. Puede ser un lugar como un hotel o motel contratado por la EOHHS para brindar alojamiento seguro y aislado a las personas con un diagnóstico por COVID-19.	*	*
Servicios de laboratorio: Son todos los servicios necesarios para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades, y para mantener la salud.	Sí	Sí
Coordinación de apoyos mejorados y alineados a la atención integral del núcleo familiar para Niños (CARES for Kids) de MassHealth: Es un servicio que brinda coordinación dirigida de casos para personas en alto riesgo que son menores de 21 años y tienen necesidades médicas complejas. CARES for Kids de MassHealth brinda coordinación de atención integral y de alto contacto para los niños y su familia. Se brinda este servicio en determinados entornos de atención primaria o especializada para que las personas menores de 21 años con necesidades médicas complejas reciban cuidados médicos. Los proveedores de CARES for Kids de MassHealth serán las entidades principales que coordinen la atención oportuna y personalizada en los sistemas de salud, de educación, de agencias estatales y de servicios sociales..	Sí	Sí
Terapia médica nutricional: Son servicios de nutrición, diagnóstico, terapia y psicoterapia con el propósito de tratar una afección médica y son brindados por un médico, un nutricionista con licencia u otros profesionales acreditados y calificados en la atención de la salud (p. ej., enfermeros matriculados, médicos asociados y enfermeros de práctica avanzada).	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de centro de enfermería especializada: Son servicios en un centro de enfermería especializada. Después de estar 100 días en un centro de enfermería especializada, lo transferirán de su plan a un plan de MassHealth con pago por servicio (fee-for-service) para que siga recibiendo los servicios del centro de enfermería especializada. [Nota: Los afiliados que también reciban servicios en un Hospital para Enfermedades Crónicas y de Rehabilitación (CDRH) serán transferidos después de haber recibido 100 días de servicios combinados en un CDRH y en un centro de enfermería especializada.]	Sí	Sí
Servicios de ortopedia: Son los aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para brindar soporte o corregir cualquier defecto de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Equipo para terapia respiratoria y oxígeno	Sí	Sí
Asistente de Cuidados Personales (PCA): Son servicios para asistir a los afiliados con las actividades de la vida diaria (ADL) y con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), por ejemplo: • Bañarse • Vestirse • Cómo mover o transferir una persona • Rango pasivo de movimiento • Ir al baño • Comer • Manejo de los medicamentos	*	*
Servicios de podiatra: Servicios para el cuidado de los pies	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Atención primaria (proporcionada por el PCC o PCP del afiliado): Los ejemplos incluyen: • Visitas en el consultorio por cuidado primario • Exámenes ginecológicos anuales • Atención prenatal • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios para dejar de consumir tabaco • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en niños y adolescentes hasta los 21 años	No	No
Servicios de enfermería privada o servicios de enfermería especializada continua: Son servicios de enfermería ofrecidos en una visita de enfermería por más de dos horas consecutivas. Este servicio puede ser ofrecido por una agencia de cuidado de salud en el hogar, una agencia de enfermería especializada de manera continua o un profesional de enfermería independiente.	*	*
Servicios de prótesis	Sí	Sí
Servicios de radiología y diagnóstico: Los ejemplos incluyen: • Radiografías • Imágenes de resonancia magnética (MRI) y otros estudios de diagnóstico por imágenes • Servicios de radioterapia oncológica realizados en centros de radioterapia oncológica (ROC) que sean independientes de un hospital para pacientes ambulatorios agudos o de un servicio de médicos.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Monitorización remota de pacientes (RPM con COVID-19): Es un paquete de servicios que facilitan el control en el hogar de los afiliados con casos posibles o confirmados de COVID-19 y que no requieren de niveles de atención en un hospital o el departamento de emergencias, pero que requieren un monitoreo permanente y estricto. El paquete de RPM con COVID-19 incluye todos los servicios clínicos médicamente necesarios que se requieran para facilitar los siete días de monitorización estricta en el hogar para los afiliados con casos posibles o confirmados de COVID-19.	No	No
Servicios de Centros de Salud Escolares: Todos los servicios cubiertos se prestan en Centros de Salud Escolares (SBHC).	No	No
Especialistas: Los ejemplos incluyen: • Visitas en el consultorio para atención especializada • Ginecología y obstetricia (OB/GYN) (No se necesita ningún referido para atención prenatal ni para el examen ginecológico anual) • Terapia médica nutricional	No	Sí
Servicios de terapia: Los servicios de terapia incluyen la evaluación de diagnóstico y los tratamientos terapéuticos, creados para mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir que empeoren ciertas destrezas funcionales y/o enfermedades, lesiones o trastornos congénitos. Los ejemplos incluyen: • Terapia ocupacional • Terapia física • Terapia del habla o del lenguaje	Sí	Sí
Servicios para dejar de consumir tabaco: Psicoterapia individual y grupal presencial para dejar de consumir tabaco y medicamentos para dejar de fumar, incluida la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios clínicos de atención de urgencia	No	No
Servicios de orientación en vacunación	No	No
Pelucas: Cuando sean recetadas por un médico debido a una afección médica	No	No
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para niños menores de 21 años		
Servicios de exámenes de detección: Los niños deben ver a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) para las visitas de salud preventiva aunque estén bien de salud. Como parte de estas visitas, los PCP pueden realizar exámenes de detección que pudieran identificar problemas o riesgos para la salud. Estos exámenes incluyen las evaluaciones de salud física, mental, del desarrollo, dental, de la audición, de la visión, y otras pruebas de detección para identificar posibles enfermedades. Las visitas de rutina con un proveedor de servicios dentales también están cubiertas para los niños menores de 21 años.	No	No
Servicios de diagnóstico y tratamiento: Son las pruebas de diagnóstico que se realizan para dar seguimiento después de identificar un riesgo para la salud. Se realiza un tratamiento para controlar, corregir o reducir la afección de salud.	Sí	Sí
Servicios dentales		
Dentaduras para adultos: Dentaduras totales y parciales, y adaptaciones y arreglos para dichas dentaduras, para los adultos mayores de 21 años.	*	*
Servicios odontológicos de diagnóstico, prevención, restauración y de complejidad: Son servicios preventivos, restaurativos y básicos para la prevención y el control de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud oral para niños y adultos.	*	*
Cuidado dental por emergencias	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Cirugía oral: Para tratar una afección médica, realizada en un establecimiento de servicios, por ejemplo, un entorno para pacientes ambulatorios, tal como un hospital para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o una clínica o consultorio.	Sí	Sí
Servicios de transporte		
Servicios de transporte: Emergencias: Transporte en ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado, pero que es necesario debido a una emergencia. Esto incluye transporte de cuidado especializado (es decir, transporte en ambulancia de un afiliado críticamente enfermo o lesionado desde un establecimiento a otro; y que requiera atención que exceda el cuidado de los paramédicos).	No	No
Servicios de transporte: Que no sea de emergencia: Transporte en ambulancia terrestre, vehículo para silla de ruedas, taxi y otros medios comunes para transportar a un afiliado desde y hacia un servicio que esté cubierto.	*	*
Servicios de la vista		
Cuidado de la visión: médico - Incluye: • Exámenes completos de la vista una vez al año para afiliados menores de 21 años y una vez cada 24 meses para afiliados mayores de 21 años, y cuando sea médicamente necesario • Entrenamiento de la visión • Prótesis oculares; lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como un tratamiento por una afección médica tal como el queratocono • Lentes de vendaje (terapéuticas)	Sí	Sí
Cuidado de la visión: no médico - Incluye: • Recetas y suministro de materiales oftálmicos, incluidos anteojos y otras ayudas visuales, sin incluir lentes de contacto	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de farmacia (medicamentos)		
Consulte la información de copagos al final de esta sección.		
Productos de farmacia que no sean medicamentos: Productos en la Lista de MassHealth de productos de farmacia que no sean medicamentos.	Sí	No
Medicamentos de venta sin receta	Sí	No
Medicamentos con receta	Sí	No
Servicios de salud conductual		
Servicios de prevención de la hospitalización: Son servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias prestados como opciones clínicas adecuadas a los servicios de internación para salud conductual, para asistir a un afiliado que regresa a la comunidad después de una internación aguda de 24 horas, y para brindarle apoyos intensivos para que siga desempeñándose en la comunidad. Hay dos categorías de servicios de prevención de la hospitalización: los que se proveen en un centro de 24 horas y los que se prestan en un entorno o centro que no son de 24 horas.		

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de prevención de la hospitalización que no son de 24 horas		
Programa de Apoyo Comunitario (CSP) y los CSP Especializados: Son servicios de salud conductual prestados a los afiliados por personal paraprofesional con movilidad y en la comunidad. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas sin Hogar (CSP-HI):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados que: (1) estén sin hogar y que sean usuarios de servicios de salud de MassHealth para enfermedades agudas; o (2) estén sin hogar de manera crónica, según la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas Implicadas con el Sistema Judicial (CSP-JI):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados implicados con el sistema judicial y que tienen impedimentos para acceder o usar de manera constante los servicios de salud médica y conductual. **Programa de Apoyo Comunitario para el Programa de Preservación del Alquileres (CSP-TPP):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados que corren el riesgo de quedar sin hogar y que enfrentan un desalojo debido a conductas relacionadas con una discapacidad. El CSP-TPP colabora con el afiliado, el Tribunal de Vivienda y el propietario de la vivienda del afiliado para conservar los alquileres conectando al afiliado con los servicios comunitarios para tratar los problemas subyacentes que causan el incumplimiento del contrato de alquiler.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP): Es un servicio clínico intensivo que da seguimiento luego del alta de un paciente internado y que asiste a los afiliados a evitar que vuelvan a ser admitidos en un hospital y a regresar a la comunidad. El servicio brinda tratamiento coordinado con una gama de especialistas.	No	No
Hospitalización parcial (PHP): Estos servicios ofrecen programas de salud mental diurnos a corto plazo, disponibles los siete días de la semana, como una alternativa a los servicios de internación hospitalarios. Dichos servicios incluyen manejo psiquiátrico a diario.	**	No
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT): Es un programa de tratamiento con enfoque de equipo para brindar tratamiento, servicios de extensión, rehabilitación y apoyo para salud mental en la comunidad para casos agudos, activos y a largo plazo. Dicho servicio asiste a los afiliados a maximizar su recuperación, a establecer metas y a estar en la comunidad. Los servicios se brindan en la comunidad y están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, según sea necesario.	No	No
Tratamiento psiquiátrico diurno: Son servicios de salud mental para los afiliados que no requieran de una estadía como pacientes internados, pero que necesitan más tratamiento que una consulta semanal. El tratamiento psiquiátrico diurno incluye diagnóstico, tratamiento y servicios rehabilitativos.	No	No
Asesoramiento para la recuperación: Es un servicio que no es clínico y es prestado por pares que tienen experiencia de vida con los trastornos por consumo de sustancias y que tienen una certificación como asesores para la recuperación. Se conecta a los afiliados con los asesores para la recuperación. Los asesores para la recuperación asisten a los afiliados que inician su tratamiento y les brindan orientación para continuar su recuperación y permanecer en la comunidad.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Navegadores de apoyo para la recuperación (RSN): Son servicios de coordinación de atención especializada para los afiliados que tienen trastornos por consumo de sustancias. Dichos servicios asisten a los afiliados en acceder y recibir tratamiento, incluidos los servicios de manejo de la abstinencia y de reinserción, y en permanecer motivados durante el tratamiento y la recuperación.	**	No
Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP): Los servicios por trastornos por consumo de sustancias son clínicamente intensivos y se los ofrece en un entorno estructurado en horario diurno y vespertino. Estos programas pueden servir para ayudar a que un afiliado realice su transición desde un programa para pacientes internados por trastornos por consumo de sustancias. También puede servir para personas que necesitan servicios ambulatorios más estructurados por trastornos por consumo de sustancias. Dichos programas podrían incluir servicios especializados para afiliadas embarazadas, adolescentes y adultos que necesiten supervisión las 24 horas.	No	No
Servicios de prevención de la hospitalización las 24 horas		
Son servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias que se utilizan en vez de los servicios de internación hospitalaria. Dichos servicios apoyan a que un afiliado regrese a la comunidad después de una internación en un hospital, o a que siga desempeñándose en la comunidad.		
Servicios de Tratamiento Agudo (ATS) de trastornos por consumo de sustancias: Son servicios pata tratar los trastornos por consumo de sustancias las 24 horas, los siete días de la semana. Los servicios podrían incluir evaluación; uso de medicamentos aprobados para tratar adicciones; psicoterapia individual y grupal; grupos educativos; y planificación del alta. Las afiliadas embarazadas reciben servicios especializados. Los afiliados reciben servicios adicionales para tratar otros trastornos de salud mental.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de apoyo clínico para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios de tratamiento las 24 horas que pueden utilizarse independientemente o después de los servicios de tratamiento agudo (ATS) de los trastornos por el consumo de sustancias. Los servicios incluyen orientación y psicoterapia; servicios de extensión a las familias y parejas; medicamentos para tratar los trastornos por consumo de sustancias; referidos para atención primaria y apoyos comunitarios; y planificación de la recuperación. Los afiliados que tengan otros trastornos de salud mental reciben coordinación de transporte y de referidos para ver proveedores de salud mental. Las afiliadas embarazadas reciben coordinación para su atención de obstetricia.	**	No
Tratamiento de casos agudos en la comunidad (CBAT) para niños y adolescentes: Son servicios intensivos de salud mental en un entorno seguro las 24 horas, con personal clínico para garantizar la seguridad del niño o del adolescente. El tratamiento podría incluir: control de medicamentos; evaluación psiquiátrica; enfermería; tratamientos de asistencia individualizada para mantener la seguridad del afiliado (observación constante especializada); psicoterapia individual, grupal y familiar; administración de casos; consulta y evaluación familiar; planificación del alta; y pruebas psicológicas. Este servicio podría utilizarse como una alternativa a los servicios de internación hospitalaria o para la transición desde dicha internación.	**	No
Estabilización de crisis en la comunidad (CCS): Son servicios que se prestan en vez de los servicios de internación hospitalaria. Dichos servicios brindan observación y supervisión las 24 horas para los afiliados.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Unidad de Atención Transicional (TCU): Es un programa de tratamiento comunitario que tiene un gran nivel de supervisión, estructura y apoyo dentro de un entorno abierto. Este servicio atiende a niños y adolescentes menores de 19 años que están bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF) y que necesitan cuidado temporal grupal o en un hogar de crianza, pero que ya no requieren un nivel agudo de atención. Dicho servicio integral incluye un entorno terapéutico, psiquiatría, administración de casos y tratamientos con una gama de especialistas.	**	No
Servicios de Apoyo Transicional (TSS) para trastornos por consumo de sustancias: Es un programa residencial y psicoeducativo intensivo con coordinación de casos y de corto plazo, de 24 horas, con servicios de enfermería disponibles para los afiliados con trastornos por consumo de sustancias quienes recientemente se hayan deshabituado o estabilizado, y que requieran estabilización transicional adicional antes de ser ubicados en un programa residencial o comunitario. Los afiliados que tengan problemas concurrentes de afecciones físicas, de trastornos mentales y de trastornos por consumo de sustancias son elegibles para obtener servicios de coordinación de transporte y referidos a proveedores para garantizar el tratamiento de dichos problemas. Las afiliadas embarazadas son elegibles para recibir servicios de coordinación para su atención de obstetricia.	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de rehabilitación residencial para adultos por trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para tratar los trastornos por consumo de sustancias. Los servicios incluyen: un mínimo de cinco horas de terapia individual o grupal por semana; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Algunos programas residenciales atienden a afiliadas embarazadas y después del parto, y les brindan servicios de evaluación y manejo de sus necesidades prenatales y de ginecología y obstetricia, y ofrecen capacitación en destrezas para la crianza de los hijos, orientación en el desarrollo infantil, apoyo para padres y madres, planificación familiar, nutrición, y también oportunidades para reunirse con grupos sobre el desarrollo y las relaciones entre padres e hijos. Los afiliados reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para las citas con los proveedores de salud mental y así garantizar el tratamiento para cualquier otro trastorno de salud mental.	**	No
Servicios optimizados concurrentes de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios de 24 horas que se brindan en la comunidad en un entorno estructurado y seguro. Dichos servicios apoyan la recuperación del afiliado de los trastornos por consumo de sustancias y de los trastornos de salud mental que sean de moderados a graves. Estos servicios apoyan la reinserción en la comunidad y el regreso a las funciones sociales, laborales y educativas. Estos servicios se brindan para apoyar la recuperación. Se dispone de servicios clínicos, niveles de atención ambulatoria adicionales y acceso a proveedores que receten medicamentos.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de rehabilitación residencial para familias por trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para las familias en que uno de los padres tiene un trastorno por consumo de sustancias. Los servicios de rehabilitación para asistir a padres y niños se prestan junto con apoyos continuos para desarrollar y conservar las destrezas interpersonales y de crianza de los hijos y así promover la reunificación familiar y la estabilidad. Los afiliados reciben terapia, administración de casos, orientación y rehabilitación en la residencia.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para adultos jóvenes y jóvenes en edad transicional para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes entre los 16 y los 21 años o para adultos jóvenes entre los 18 y los 25 años que se están recuperando de problemas con el alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen: terapia individual o grupal; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Los afiliados también reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para ver los proveedores de salud mental por cualquier otro trastorno de salud mental concurrente.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes entre los 13 y los 17 años que se están recuperando de problemas con el alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen: terapia individual o grupal; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Los afiliados también reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para ver los proveedores de salud mental por cualquier otro trastorno de salud mental concurrente.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios para pacientes internados		
Son servicios de 24 horas que brindan tratamiento, diagnóstico o ambos, para salud mental o trastornos por consumo de sustancias.		
Servicios de Días administrativamente necesarios (AND): Son los días de servicios de internación hospitalaria para los afiliados que estén listos para el alta, pero el entorno adecuado aún no está disponible para recibirlos. Los servicios incluyen los servicios clínicos continuos adecuados.	Sí	No
Servicios de salud mental para pacientes internados: Son los servicios de internación hospitalaria para evaluar y tratar los trastornos psiquiátricos agudos.	**	No
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados: Son servicios de internación hospitalaria que brindan atención y tratamientos dirigidos médicamente para los afiliados que tengan necesidades complejas por abstinencia, como también otras afecciones médicas y trastornos de salud conductual concurrentes.	**	No
Camas para observación o de reserva: Son servicios hospitalarios, por un período de hasta 24 horas, que sirven para evaluar, estabilizar e identificar los recursos para los afiliados.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios ambulatorios de salud conductual: Son servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias prestados en persona en un entorno de atención ambulatoria, tal como un centro de salud mental o una clínica para tratar trastornos por consumo de sustancias, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud comunitario o el consultorio de un proveedor. Los servicios también pueden prestarse en el hogar o la escuela del afiliado. Algunos proveedores de estos servicios ofrecen horarios de atención ampliados durante la noche o los fines de semana mediante centros de atención de urgencia para salud conductual. Pueden ofrecer evaluaciones en el mismo día o al día siguiente para nuevos clientes, citas en el mismo día o al día siguiente para clientes habituales con necesidades de salud conductual urgentes, medicamentos dentro de las 72 horas de la evaluación inicial y citas de seguimiento dentro de los 14 días calendario. Estos servicios también pueden brindarse en un centro comunitario de salud conductual (CBHC). Los CBHC brindan servicios de salud mental y para tratar trastornos por consumo de sustancias por crisis, de urgencia y de rutina, servicios de coordinación de atención, de apoyo de pares, de evaluación y de coordinación de atención primaria. Un CBHC brindará acceso a los servicios en el mismo día o al día siguiente y de horarios de atención ampliados durante la noche y los fines de semana. Un CBHC debe brindar servicios para adultos y jóvenes, incluidos los bebés lactantes y los niños pequeños, y su familia. También consulte “servicios por crisis”.		
Servicios ambulatorios habituales: Son los servicios ambulatorios que se prestan con más frecuencia en un entorno ambulatorio.		
Tratamiento de acupuntura: Es la inserción de agujas de metal por la piel en determinados puntos del cuerpo para ayudar a las personas que están en abstinencia o recuperándose de la dependencia a las sustancias.	No	No
Manejo ambulatorio de la abstinencia: Son los servicios ambulatorios para los afiliados que presentan episodios graves por consumo excesivo de sustancias o por complicaciones de la abstinencia cuando no corren riesgos importantes ni la vida ni las funciones corporales.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) para los afiliados menores de 21 años: Es un servicio para un afiliado que sea menor de 21 años y con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD). Sirve para tratar las conductas difíciles que interfieren con la habilidad del joven de desempeñarse satisfactoriamente. Este servicio incluye evaluaciones conductuales; interpretación de las conductas; creación de un plan de tratamiento; supervisión y coordinación de los tratamientos; y capacitación de los padres para alcanzar metas específicas.	Sí	No
Evaluación para la Colocación Segura y Apropiada (ASAP): Es una evaluación para determinados jóvenes que sean abusadores sexuales o incendiarios, que estén bajo el cuidado y la custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF), y que serán dados de alta de un entorno hospitalario o de prevención de la hospitalización para ir a un entorno de cuidado en un hogar familiar. Los servicios se prestan por medio de un proveedor de ASAP designado por DCF.	Sí	No
Interconsulta de casos: Es una junta, respecto a un afiliado, entre el proveedor responsable y otros clínicos de salud conductual o con el médico de atención primaria del afiliado. Esta reunión sirve para identificar y planificar los servicios adicionales; coordinar o revisar un plan de tratamiento; y evaluar el avance de la persona.	No	No
Comunicación de contacto: Es la comunicación entre un proveedor y las personas que se ocupan del cuidado o del tratamiento de un afiliado menor de 21 años. Es posible que los proveedores incluyan al personal de la escuela o de cuidado infantil, los empleados de una agencia estatal y el personal de recursos humanos.	No	No
Terapia familiar o de pareja: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a un afiliado y a su pareja o a su familia en la misma sesión.	No	No
Evaluación diagnóstica: Es la evaluación del desempeño de un afiliado, que sirve para diagnosticar y crear un plan de tratamiento.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Terapia Dialéctica Conductual (DBT): Es un tratamiento ambulatorio, que conlleva estrategias provenientes de la psicoterapia conductual, cognitiva y de apoyo, para afiliados con determinados trastornos, incluidos los afiliados con trastorno límite de la personalidad (TLP).	No	No
Servicios de Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI): Son prestados a niños elegibles menores de tres años con un diagnóstico de trastorno del espectro autista.	No	No
Consulta familiar: Es una reunión con los integrantes de la familia u otras personas que son importantes para el afiliado o para el tratamiento de un afiliado. Esta reunión sirve para identificar y planificar los servicios adicionales; coordinar o revisar un plan de tratamiento; y evaluar el avance de la persona.	No	No
Terapia grupal: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a personas que no están relacionadas entre sí en un entorno grupal.	No	No
Terapia individual: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a una persona con asistencia individualizada.	No	No
Interconsulta del paciente internado con un proveedor externo: Es una consulta de una sola sesión realizada por un proveedor de atención ambulatoria mientras el afiliado aún permanece internado en una unidad de psiquiatría. Esta visita incluye al afiliado y al proveedor hospitalario.	No	No
Visita de evaluación de la medicación: Es una visita para evaluar que los medicamentos recetados del afiliado sean los adecuados para tratar las necesidades de salud conductual, y también cualquier necesidad de que sea supervisado por un psiquiatra o por un enfermero matriculado con especialidad clínica para controlar que dichos medicamentos hagan efecto y sus posibles efectos secundarios.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de tratamiento por opioides: Es la evaluación y el tratamiento supervisado de una persona, con medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, junto con una gama de servicios médicos y de rehabilitación para aliviar los efectos de la adicción a los opiáceos. Incluye el tratamiento de deshabituación y de mantenimiento.	No	No
Servicios de salud conductual preventiva: Son intervenciones a corto plazo en entornos de apoyo grupal, individual o familiar para cultivar las destrezas y estrategias de afrontamiento que traten los síntomas de depresión, ansiedad y otros problemas sociales o emocionales, los cuales pudieran impedir el desarrollo de trastornos de salud conductual en los afiliados que sean menores de 21 años y que cuyas evaluaciones de detección hayan dado positivo por problemas de salud conductual (o, en el caso de un niño pequeño, un cuidador con una evaluación de detección positiva por depresión después del parto), incluso si el afiliado no cumple con los criterios de diagnóstico de salud conductual.	No	No
Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados: Es una consulta entre un psiquiatra o un enfermero de práctica avanzada con especialidad clínica y un afiliado a pedido del servicio médico del hospital. Sirve para evaluar el estado de salud mental del afiliado y hacer una interconsulta con el equipo médico acerca de un plan de salud conductual, incluida la medicación adecuada.	No	No
Pruebas psicológicas: Son pruebas estandardizadas que sirven para evaluar las funciones cognoscitivas, emocionales, neuropsicológicas y orales de un afiliado.	Sí	No
Pruebas psicológicas para la educación especial: Son pruebas que sirven para determinar la necesidad de tener un Plan Educativo Individualizado (IEP) para los niños o para crear dicho IEP.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios en el hogar y en la comunidad para jóvenes		
Son servicios intensivos de salud conductual brindados a los afiliados en un entorno comunitario.		
Apoyo familiar y capacitación: Es un servicio prestado a los padres o el cuidador de un joven menor de 21 años en donde reside el joven. El propósito de este servicio es asistir con las necesidades emocionales y conductuales del joven al mejorar la capacidad de los padres o del cuidador de dicho joven. Los servicios podrían incluir: orientación; asistencia para identificar y navegar los recursos disponibles; fomentar el empoderamiento; conexiones con grupos de apoyo de pares o de padres y de autoayuda; asesoría y capacitación para los padres o el cuidador. (Se requiere un referido de Terapia ambulatoria, Terapia en el hogar y de Coordinación de cuidados intensivos.)	No	No
Servicios de salud conductual en el hogar: Generalmente, este servicio incluye una combinación de terapia de manejo de la conducta y de supervisión de manejo de la conducta, según lo siguiente: **Terapia de manejo de la conducta:** Este servicio incluye evaluaciones, creación de un plan de tratamiento y la supervisión y coordinación de las intervenciones para tratar las metas de conducta específicas o de desempeño. Este servicio trata conductas que interfieren con el desempeño competente del niño. El terapeuta crea y supervisa los objetivos y las intervenciones, incluidas las estrategias de respuesta a una crisis, los cuales son indicados en el plan de tratamiento del niño. El terapeuta también podría brindas asistencia y terapia de apoyo a corto plazo. **Supervisión de manejo de la conducta:** Este servicio incluye poner en práctica el plan de salud conductual, supervisar la conducta del niño, afianzar el plan por parte de padres y cuidadores, e informar al terapeuta de manejo de la conducta sobre los avances en el cumplimiento de las metas del plan de salud conductual.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de terapia en el hogar: Este servicio para los niños se presta con frecuencia con un enfoque de equipo, que incluye la capacitación y la intervención de terapia clínica y el apoyo terapéutico paraprofesional, según lo siguiente: **Intervención clínica de terapia:** Es una relación terapéutica entre el clínico principal y el niño y su familia. La meta es tratar las necesidades de salud mental del niño al mejorar la capacidad de la familia de apoyar el sano desempeño del niño en el marco familiar. El clínico crea el plan de tratamiento y colabora con la familia para mejorar la resolución de los problemas, establecer límites, comunicarse y darse apoyo emocional entre otras funciones. Con frecuencia, el clínico calificado podría colaborar con un paraprofesional que brinde servicios de Capacitación y apoyo terapéutico. **Capacitación y apoyo terapéutico:** Es un servicio prestado por un paraprofesional que trabaja bajo las directivas de un clínico con nivel de maestría para apoyar la implementación del plan de tratamiento de un clínico licenciado para lograr las metas del plan de tratamiento. Dicha persona capacitada colabora con un clínico con nivel de maestría para apoyar un plan de tratamiento que trate las dificultades de salud mental y emocional del niño.	Sí	No
Coordinación de cuidados intensivos: Brinda servicios de administración de casos orientados a personas menores de 21 años que tengan un trastorno emocional grave (SED). Este servicio incluye evaluación, creación de un plan de atención individualizado, referidos y actividades relacionadas para poner en práctica y supervisar dicho plan de atención.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de asesores terapéuticos: Este servicio brinda una relación estructurada y de asistencia individualizada entre un asesor terapéutico y un niño o adolescente, hasta los 21 años. Su meta es tratar las necesidades sociales, de la vida diaria y de comunicación. Las metas se indican en el plan de tratamiento que crea el niño o el adolescente y su equipo de tratamiento. El servicio incluye brindar apoyo, asesoramiento y capacitación al niño o al adolescente sobre conductas adecuadas a la edad, comunicación, resolución de problemas, resolución de conflictos y cómo relacionarse con los demás de manera saludable. El asesor terapéutico trabaja en entornos tales como el hogar, la escuela o la comunidad.	No	No
Servicios por crisis: Están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para brindar tratamiento a personas que presentan una crisis de salud mental. Los CBHC pueden brindar servicios por crisis.		
Intervención móvil en casos de crisis en adultos (AMCI): Brinda servicios comunitarios de evaluación, intervención y estabilización para crisis de salud conductual en adultos y de seguimiento durante hasta tres días. Los servicios de AMCI están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, ubicados en el mismo lugar del CBHC. Los servicios se brindan como una respuesta móvil al afiliado (incluso en residencias privadas) y son prestados por telesalud a los afiliados mayores de 21 años, a pedido de los mismos, o según las indicaciones de la Línea de asistencia de salud conductual cuando sea clínicamente adecuado. Los AMCI manejan los programas de estabilización de crisis en la comunidad (CCS), dando preferencia a los servicios en el mismo lugar.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Intervención móvil en casos de crisis en jóvenes (YMCI): Es un servicio a corto plazo que consiste en una respuesta terapéutica móvil, en el lugar y en persona, para los jóvenes menores de 21 años que tienen una crisis de salud conductual, y que incluye un seguimiento de hasta siete días. Los servicios de YMCI están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, y están ubicados en el mismo lugar del CBHC. Los servicios se brindan como una respuesta móvil al afiliado (incluso en residencias privadas) y por telesalud cuando lo solicite la familia y sea clínicamente adecuado. La YMCI tendrá acceso a los servicios de estabilización de crisis en la comunidad para jóvenes (YCCS). La YMCI debe tener la capacidad de aceptar a los jóvenes que ingresen de manera voluntaria al centro por una entrada adecuada en una ambulancia o llevados por personal de cumplimiento de la ley.	No	No
Servicios de salud mental para intervención en casos de crisis de salud conductual derivados del departamento de emergencias: Son servicios de intervención por crisis para los afiliados que se presentan en el departamento de emergencias con una crisis de salud conductual, incluyen la evaluación de la crisis, las intervenciones de estabilización y también la planificación del alta y las tareas de coordinación de atención. Examinar los casos de crisis consiste en que un profesional calificado de salud conductual realice una evaluación de la crisis de salud conductual dentro de los 60 minutos posteriores a que la persona pueda recibir la evaluación. Las intervenciones de estabilización consisten en la observación, el tratamiento y los apoyos. La planificación del alta y la coordinación de atención consiste en un plan de preparativos que incluye la planificación del alta para identificar y garantizar un nivel de atención adecuado y las metas para dicho nivel de atención.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Standard y CommonHealth: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Otros servicios de salud conductual		
Terapia electroconvulsiva (TEC): Es un tratamiento que sirve para tratar la depresión cuando ni la psicoterapia ni los medicamentos han surtido efecto. Este tratamiento causa una convulsión con un choque eléctrico mientras la persona está anestesiada.	No	No
Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva (rTMS): Es un tratamiento que sirve para tratar la depresión cuando ni la psicoterapia ni los medicamentos han surtido efecto. En este tratamiento, se aplican al cerebro campos magnéticos que cambian rápidamente por medio de un dispositivo que se coloca en el cuero cabelludo.	Sí	No
Observación constante especializada: Los servicios de tratamiento se prestan al afiliado en diversos entornos de 24 horas, de manera individualizada, para mantener la seguridad de la persona.	No	No

Copagos

El copago es una pequeña cantidad que un afiliado paga cuando recibe servicios de salud. La única vez en que un afiliado tendría un copago es cuando compran determinados medicamentos con receta. La mayoría de los afiliados tienen los siguientes copagos de farmacia:

- $1.00 por cada receta y surtido de medicamentos genéricos o de venta sin receta cubiertos por MassHealth de las siguientes clases: antihiperglucémicos, antihipertensivos y antihiperlipidémicos; y
- $3.65 por cada receta y reposición de todos los demás medicamentos genéricos, de marca y de venta sin receta cubiertos por MassHealth que no sean de $1.00 tal como se indicó anteriormente o que estén exentos de copagos.

Si un afiliado recibe un surtido para 90 días de un medicamento con receta cubierto por MassHealth, el valor total del copago para el surtido de 90 días seguirá siendo de $1.00 o de $3.65 según lo indicado anteriormente.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Las siguientes recetas y surtidos NO tienen NINGÚN copago de farmacia:

- Medicamentos usados para el tratamiento del Trastorno por el Uso de Sustancias (SUD), como la Terapia Asistida con Medicamentos (MAT), por ejemplo, Suboxone o Vivitrol;
- Ciertos medicamentos de prevención como la aspirina en dosis bajas para cardiopatías, los usados para la prevención del VIH y los usados en preparación para una colonoscopía;
- Determinadas vacunas y su aplicación;
- Los medicamentos e insumos de planificación familiar, como las píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales);
- Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de prevención prestados por el proveedor; u
- Otros servicios descritos en el reglamento de MassHealth (130 CMR 506.015 y 130 CMR 520.037).

Los medicamentos con receta son el único beneficio que podría tener copagos. Para otros servicios y los beneficios cubiertos no hay copagos.

Afiliados que NO tienen copagos de farmacia

Algunos afiliados no tienen que pagar ningún tipo de copago. Usted no tiene que pagar ningún copago de MassHealth por ningún servicio cubierto por MassHealth si:

- Sus ingresos son iguales o inferiores al 50% del nivel de pobreza federal (FPL)
- Usted es elegible para obtener MassHealth y está recibiendo determinados beneficios de asistencia pública tales como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) o servicios por medio del Programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC). Consulte el reglamento en 130 CMR 506.015 y 130 CMR 520.037.
- Usted es menor de 21 años de edad;
- Está embarazada o ha dado a luz recientemente (está en el período después del parto);
- Recibe beneficios de MassHealth Limited (Medicaid de emergencia);
- Es un(a) afiliado(a) que tiene MassHealth Senior Buy-In o MassHealth Standard, y recibe un medicamento que está cubierto solamente por Medicare Partes A y B, cuando es ofrecido por un proveedor certificado de Medicare;
- Está en un centro de atención a largo plazo tal como:
    - Un centro de enfermería especializada;
    - Un hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación; o
    - Un establecimiento de cuidados intermedios (ICF) para personas con discapacidades intelectuales;
      o

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

- Ha sido internado en un hospital proveniente de dicho establecimiento u hospital;
- Recibe servicios de hospicio;
- Fue hijo(a) de crianza y es elegible para recibir MassHealth Standard, hasta la edad de 21 años o de 26 años, según lo especificado en el reglamento en 130 CMR 505.002(H);
- Es indígena norteamericano o nativo de Alaska y actualmente recibe o ha recibido alguna vez servicios en el Servicio de Salud Indígena (IHS), en una tribu indígena, en una organización tribal o en una organización indígena urbana; o
- Pertenece a otra categoría que está exenta (consulte el reglamento en 130 CMR 506.015 o 130 CMR 520.037).

Tope de copagos

Los afiliados tienen la obligación de pagar los copagos de farmacia de MassHealth hasta una cantidad límite, llamada tope de copagos, que no deberá superar el 2% de los ingresos del hogar del afiliado.

- Un tope de copagos es el valor en dólares más alto que le pueden cobrar a un afiliado por copagos de farmacia en un mes.
- MassHealth calcula un tope mensual de copagos para cada afiliado según los ingresos más bajos del hogar y el tamaño de su hogar. MassHealth redondea hacia abajo el tope de copagos al valor de $10 más cercano. Ningún copago superará los $60. La siguiente tabla muestra cuál será el valor final del tope mensual de copagos del afiliado:

Si el tope de copagos mensuales del afiliado se calcula en:	El tope final de copagos mensuales del afiliado será de:
De $0 a $9.99	Sin copagos
De $10 a $19.99	$10
De $20 a $29.99	$20
De $30 a $39.99	$30
De $40 a $49.99	$40
De $50 a $59.99	$50
De $60 o más	$60

- Por ejemplo, si su tope de copagos mensual es de $12.50 en julio, entonces no le cobrarán más de $10 de copagos en julio. Si el ingreso del hogar o el tamaño de la familia (número de integrantes) cambian en agosto, es posible que su tope de copagos mensual cambie para agosto.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Los afiliados no tendrán que pagar más copagos de farmacia una vez que alcancen su tope de copagos de farmacia para ese mes. MassHealth enviará una carta a los afiliados cuando alcancen el tope de copagos mensual. Si la farmacia intenta cobrarle al afiliado más copagos para ese mes, el afiliado deberá mostrar la carta en la farmacia, y el farmacéutico no debería cobrar el copago. Los afiliados que no reciban una carta o que tengan preguntas, deberán llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth. Consulte la información de contacto a continuación.

Afiliados que NO PUEDEN pagar el copago

La farmacia no puede negarse a darles a los afiliados sus medicamentos cubiertos incluso si no pueden pagar el copago. Sin embargo, la farmacia puede facturar a los afiliados por los copagos más adelante. Los afiliados deben llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth si una farmacia no les entrega los medicamentos. Consulte la información de contacto a continuación.

Servicios excluidos

Los siguientes servicios o insumos no están cubiertos por MassHealth, a menos que sean médicamente necesarios, o según lo indicado.

- Cirugía plástica. Existen excepciones si MassHealth decide que es necesaria para:
    - El tratamiento por daños después de una lesión o enfermedad;
    - La reconstrucción del seno después de una mastectomía; u
    - Otros procedimientos que MassHealth determine que sean médicamente necesarios:
- Tratamiento por infertilidad. Esto incluye los procedimientos para la fertilización *in vitro* (IVF) y la transferencia intratubárica de gametos (GIFT);
- Tratamientos experimentales
- Es un servicio o insumo que no es proporcionado por MassHealth ni por orden de su proveedor ni de MassHealth. Existen excepciones para:
    - Servicios de emergencia;
    - Servicios de planificación familiar
- Pruebas de laboratorio no cubiertas
- Elementos de confort personal, tales como acondicionadores de aire, radios, teléfonos y televisores
- Servicios que no estén cubiertos por MassHealth de otra manera, excepto los servicios que el contratista determine que sean médicamente necesarios para afiliados de MassHealth Standard o de MassHealth CommonHealth que sean menores de 21 años

Comuníquese con MassHealth

Si usted tiene preguntas, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al (800) 841-2900 o por TDD/TTY al 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Lista de servicios cubiertos para afiliados de ACO de Atención primaria y del Plan del PCC con cobertura de MassHealth CarePlus

Información general

La siguiente tabla brinda información general sobre los servicios y los beneficios cubiertos para los afiliados de MassHealth CarePlus que estén inscritos en nuestro plan de salud. Coordinaremos todos los servicios cubiertos que se indican a continuación. Usted tiene la responsabilidad de llevar siempre con usted sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth para mostrarlas a sus proveedores en todas las citas.

La tabla también muestra si el servicio requiere un referido (la aprobación de un Proveedor de Atención Primaria, o PCP), una autorización previa, o PA, (permiso nuestro o de uno de nuestros proveedores), o bien ambos para recibir el servicio. Hay más información sobre autorizaciones previas y referidos en su folleto para el afiliado. Antes de recibir determinados servicios, es posible que los proveedores le pidan información sobre sus necesidades de atención de salud para determinar si el servicio le corresponde y para inscribirlo en dicho servicio con su plan de seguro de salud (de ser obligatorio).

Puede llamar a nuestro equipo de servicios para miembros para obtener más información sobre los servicios y beneficios o para hacer preguntas. Consulte el número de teléfono y el horario de servicios para miembros al final de cada página de este documento.

- Si tiene preguntas sobre los servicios médicos o salud conductual llame al (888) 257-1985 o por TDD/TTY al 711 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla)
- Para ver más información sobre los servicios de farmacia cubiertos, llame al (888) 257-1985 o consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Para consultar sobre los servicios dentales, por favor llame al (800) 207-5019 o por TDD/TTY al 711 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o visite www.masshealth-dental.net.

Por favor tenga en cuenta que los servicios y los beneficios cubiertos por MassHealth cambian de vez en cuando y que podría haber cierta flexibilidad debido a la pandemia por COVID-19. La Lista de servicios cubiertos es solamente para su información general y no debería ser su único recurso para determinar la cobertura (por ejemplo, podría haber topes para la cobertura de un servicio). El reglamento de MassHealth rige los servicios y los beneficios cubiertos que usted tiene a su disposición. Para consultar el reglamento de MassHealth:

- visite el sitio web de MassHealth, en http://www.mass.gov/masshealth o
- llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711, para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p.m.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de Emergencia		
Servicios de emergencia para pacientes hospitalizados y ambulatorios	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	No	No
Tratamiento de acupuntura: Para aliviar el dolor o como anestesia	No	Sí
Servicios de hospital para pacientes internados con enfermedades agudas: Incluye todos los servicios para pacientes internados en un hospital de enfermedades agudas, como intervenciones médicas en el día, cirugías, obstetricia, salud conductual, radiología, análisis de laboratorio, y otros procedimientos de diagnóstico o de tratamiento. También incluye días administrativamente necesarios (AND). Podrían requerirse evaluaciones previas.	Sí	Sí
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios con enfermedades agudas: Son servicios prestados en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o de una clínica satélite. Generalmente los brinda, los dirige o los indica un médico. Los servicios incluyen: atención especializada, de observación, de cirugía en el día, de diagnóstico y de rehabilitación.	Sí	Sí
Servicios de cirugía ambulatorias: Son servicios quirúrgicos, de diagnóstico y médicos que brindan diagnósticos o tratamientos por medio de intervenciones quirúrgicas, incluidas las cirugías bucales que requieran anestesia general, local o regional para pacientes que no necesiten servicios de internación o de una noche de internación al final del procedimiento, pero que requieran supervisión médica constante durante un breve período de tiempo posterior a la finalización del procedimiento.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de audiología (audición): Los servicios incluyen, entre otros, pruebas para determinar la pérdida de la audición, evaluaciones para audífonos, recetas para audífonos y la rehabilitación auditiva.	No	Sí
Servicios de quiropráctica: Tratamiento de manipulación quiropráctica, visitas en el consultorio y algunos servicios de radiología (p. ej., radiografías).	No	Sí
Servicios de Hospital para Enfermedades Crónicas y de Rehabilitación (CDRH): Son servicios en un hospital para enfermedades crónicas o en un hospital de rehabilitación por hasta 100 días. Si el afiliado fuera elegible para recibir otro tipo de cobertura de MassHealth (p. ej., MassHealth Standard o CommonHealth), esta cobertura podría extenderse a más de 100 días. [Nota: La admisión en un hospital CDRH y en un centro de enfermería especializada se considerará como una sola internación. En esos casos, se cubren 100 días de servicios combinados de CDRH y del centro de enfermería especializada.]	Sí	Sí
Servicios de centro de salud comunitario: Los ejemplos incluyen: • Consultas con especialista • Servicios de ginecología y obstetricia (OB/GYN) • Servicios médicos sociales • Servicios nutricionales, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia médica nutricional • Vacunas o inmunizaciones • Educación para la salud	No	Sí
Servicios de diálisis: Es la diálisis renal médicamente necesaria que incluye todos los servicios, suministros y pruebas de laboratorio de rutina; también incluye capacitación para la diálisis en el hogar.	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Son servicios de capacitación y de educación para el autocontrol de la diabetes prestados a personas con prediabetes o diabetes por un médico o por determinados profesionales acreditados y calificados en atención de salud (p. ej., enfermeros matriculados, médicos asociados, enfermeros de práctica avanzada y nutricionistas con licencia).	No	Sí
Equipo médico duradero (DME): • Incluye, entre otros, la compra o el alquiler de equipo médico, las piezas de repuesto y la reparación de dichos artículos. El DME cubierto incluye, por ejemplo, • productos absorbentes • extractores de leche • nutrición por vía digestiva (enteral) y parenteral • monitores de glucosa y suministros para diabéticos • equipos para movilidad y sistemas para sentarse • camas de hospital y accesorios	Sí	Sí
Servicios de planificación familiar	No	No
Servicios de audífonos	Sí	Sí
Servicios de salud en el hogar: Son los servicios de atención especializada y de apoyo que se proveen en el hogar del afiliado para satisfacer las necesidades de atención especializada y las actividades de la vida diaria (ADL) relacionadas para que el afiliado pueda permanecer en su hogar de manera segura. Los servicios disponibles incluyen enfermería especializada, administración de medicamentos, ayudante de cuidado de salud en el hogar y terapia ocupacional, física y del habla o del lenguaje.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de hospicio: Los afiliados deben consultar con MassHealth o con su plan de seguro de salud sobre las opciones para recibir los servicios de hospicio por enfermedades terminales.	Sí	Sí
Servicios por infertilidad: Incluye el diagnóstico de la infertilidad y el tratamiento de la afección médica subyacente.	Sí	Sí
Servicios en un lugar para aislamiento y recuperación: Son los servicios que un afiliado recibe en un lugar para aislarse y recuperarse. Puede ser un lugar como un hotel o motel contratado por la EOHHS para brindar alojamiento seguro y aislado a las personas con un diagnóstico por COVID-19.	*	*
Servicios de laboratorio: Son todos los servicios necesarios para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades, y para mantener la salud.	Sí	Sí
Terapia médica nutricional: Son servicios de nutrición, diagnóstico, terapia y psicoterapia con el propósito de tratar una afección médica y son brindados por un médico, un nutricionista con licencia u otros profesionales acreditados y calificados en la atención de la salud (p. ej., enfermeros matriculados, médicos asociados y enfermeros de práctica avanzada).	No	Sí
Servicios de centro de enfermería especializada: Son servicios en un centro de enfermería especializada de hasta 100 días. Si el afiliado fuera elegible para recibir otro tipo de cobertura de MassHealth (p. ej., MassHealth Standard o CommonHealth), esta cobertura podría extenderse a más de 100 días. [Nota: La admisión en un centro de enfermería especializada y en un hospital CDRH se considerará como una sola internación. En esos casos, se cubren 100 días de servicios combinados del centro de enfermería especializada y del CDRH.]	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de ortopedia: Son los aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para brindar soporte o corregir cualquier defecto de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Equipo para terapia respiratoria y oxígeno	Sí	Sí
Servicios de podiatra: Servicios para el cuidado de los pies	No	Sí
Atención primaria (proporcionada por el PCC o PCP del afiliado): Los ejemplos incluyen: • Visitas en el consultorio por cuidado primario • Exámenes ginecológicos anuales • Atención prenatal • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios para dejar de consumir tabaco • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en niños y adolescentes hasta los 21 años	No	No
Servicios de prótesis	Sí	Sí
Servicios de radiología y diagnóstico: Los ejemplos incluyen: • Radiografías • Imágenes de resonancia magnética (MRI) y otros estudios de diagnóstico por imágenes Servicios de radioterapia oncológica realizados en centros de radioterapia oncológica (ROC) que sean independientes de un hospital para pacientes ambulatorios agudos o de un servicio de médicos.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Monitorización remota de pacientes (RPM con COVID-19): Es un paquete de servicios que facilitan el control en el hogar de los afiliados con casos posibles o confirmados de COVID-19 y que no requieren de niveles de atención en un hospital o el departamento de emergencias, pero que requieren un monitoreo permanente y estricto. El paquete de RPM con COVID-19 incluye todos los servicios clínicos médicamente necesarios que se requieran para facilitar los siete días de monitorización estricta en el hogar para los afiliados con casos posibles o confirmados de COVID-19.	No	No
Especialistas: Los ejemplos incluyen: • Visitas en el consultorio para atención especializada • Ginecología y obstetricia (OB/GYN) (No se necesita ningún referido para atención prenatal ni para el examen ginecológico anual) • Terapia médica nutricional	No	Sí
Servicios de terapia: Los servicios de terapia incluyen la evaluación de diagnóstico y los tratamientos terapéuticos, creados para mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir que empeoren ciertas destrezas funcionales y/o enfermedades, lesiones o trastornos congénitos. Los ejemplos incluyen: • Terapia ocupacional • Terapia física • Terapia del habla o del lenguaje	Sí	Sí
Servicios para dejar de consumir tabaco: Psicoterapia individual y grupal presencial para dejar de consumir tabaco y medicamentos para dejar de fumar, incluida la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).	No	Sí
Servicios clínicos de atención de urgencia	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de orientación en vacunación	No	No
Pelucas: Cuando sean recetadas por un médico debido a una afección médica	No	No
Servicios dentales		
Dentaduras para adultos: Dentaduras totales y parciales, y adaptaciones y arreglos para dichas dentaduras, para los adultos mayores de 21 años.	*	*
Servicios odontológicos de diagnóstico, prevención, restauración y de complejidad: Son servicios preventivos, restaurativos y básicos para la prevención y el control de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud oral para niños y adultos.	*	*
Cuidado dental por emergencias	No	No
Cirugía oral: Para tratar una afección médica, realizada en un establecimiento de servicios, por ejemplo, un entorno para pacientes ambulatorios, tal como un hospital para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o una clínica o consultorio.	Sí	Sí
Servicios de transporte		
Servicios de transporte: Emergencias: Transporte en ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado, pero que es necesario debido a una emergencia. Esto incluye transporte de cuidado especializado (es decir, transporte en ambulancia de un afiliado críticamente enfermo o lesionado desde un establecimiento a otro; y que requiera atención que exceda el cuidado de los paramédicos).	No	No
Servicios de transporte: Que no sea de emergencia: Transporte en ambulancia terrestre, vehículo para silla de ruedas, taxi y otros medios comunes para transportar a un afiliado desde y hacia un servicio que esté cubierto.	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de la vista		
Cuidado de la visión: médico - Incluye: • Exámenes completos de la vista una vez al año para afiliados menores de 21 años y una vez cada 24 meses para afiliados mayores de 21 años, y cuando sea médicamente necesario • Entrenamiento de la visión • Prótesis oculares; lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como un tratamiento por una afección médica tal como el queratocono • Lentes de vendaje (terapéuticas)	Sí	Sí
Cuidado de la visión: no médico - Incluye: • Recetas y suministro de materiales oftálmicos, incluidos anteojos y otras ayudas visuales, sin incluir lentes de contacto	*	*
Servicios de farmacia (medicamentos)		
Consulte la información de copagos al final de esta sección.		
Productos de farmacia que no sean medicamentos: Productos en la Lista de MassHealth de productos de farmacia que no sean medicamentos.	Sí	No
Medicamentos de venta sin receta	Sí	No
Medicamentos con receta	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de salud conductual		
Servicios de prevención de la hospitalización: Son servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias prestados como opciones clínicas adecuadas a los servicios de internación para salud conductual, para asistir a un afiliado que regresa a la comunidad después de una internación aguda de 24 horas, y para brindarle apoyos intensivos para que siga desempeñándose en la comunidad. Hay dos categorías de servicios de prevención de la hospitalización: los que se proveen en un centro de 24 horas y los que se prestan en un entorno o centro que no son de 24 horas.		

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de prevención de la hospitalización que no son de 24 horas		
Programa de Apoyo Comunitario (CSP) y los CSP Especializados: Son servicios de salud conductual prestados a los afiliados por personal paraprofesional con movilidad y en la comunidad. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas sin Hogar (CSP-HI):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados que: (1) estén sin hogar y que sean usuarios de servicios de salud de MassHealth para enfermedades agudas; o (2) estén sin hogar de manera crónica, según la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas Implicadas con el Sistema Judicial (CSP-JI):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados implicados con el sistema judicial y que tienen impedimentos para acceder o usar de manera constante los servicios de salud médica y conductual. **Programa de Apoyo Comunitario para el Programa de Preservación del Alquileres (CSP-TPP):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados que corren el riesgo de quedar sin hogar y que enfrentan un desalojo debido a conductas relacionadas con una discapacidad. El CSP-TPP colabora con el afiliado, el Tribunal de Vivienda y el propietario de la vivienda del afiliado para conservar los alquileres conectando al afiliado con los servicios comunitarios para tratar los problemas subyacentes que causan el incumplimiento del contrato de alquiler.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP): Es un servicio clínico intensivo que da seguimiento luego del alta de un paciente internado y que asiste a los afiliados a evitar que vuelvan a ser admitidos en un hospital y a regresar a la comunidad. El servicio brinda tratamiento coordinado con una gama de especialistas.	No	No
Hospitalización parcial (PHP): Estos servicios ofrecen programas de salud mental diurnos a corto plazo, disponibles los siete días de la semana, como una alternativa a los servicios de internación hospitalarios. Dichos servicios incluyen manejo psiquiátrico a diario.	**	No
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT): Es un programa de tratamiento con enfoque de equipo para brindar tratamiento, servicios de extensión, rehabilitación y apoyo para salud mental en la comunidad para casos agudos, activos y a largo plazo. Dicho servicio asiste a los afiliados a maximizar su recuperación, a establecer metas y a estar en la comunidad. Los servicios se brindan en la comunidad y están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, según sea necesario.	No	No
Tratamiento psiquiátrico diurno: Son servicios de salud mental para los afiliados que no requieran de una estadía como pacientes internados, pero que necesitan más tratamiento que una consulta semanal. El tratamiento psiquiátrico diurno incluye diagnóstico, tratamiento y servicios rehabilitativos.	No	No
Asesoramiento para la recuperación: Es un servicio que no es clínico y es provisto por pares que tienen experiencia de vida con los trastornos por consumo de sustancias y que tienen una certificación como asesores para la recuperación. Se conecta a los afiliados con los asesores para la recuperación. Los asesores para la recuperación asisten a los afiliados que inician su tratamiento y les brindan orientación para continuar su recuperación y permanecer en la comunidad.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Navegadores de apoyo para la recuperación (RSN): Son servicios de coordinación de atención especializada para los afiliados que tienen trastornos por consumo de sustancias. Dichos servicios asisten a los afiliados en acceder y recibir tratamiento, incluidos los servicios de manejo de la abstinencia y de reinserción, y en permanecer motivados durante el tratamiento y la recuperación.	**	No
Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP): Los servicios por trastornos por consumo de sustancias son clínicamente intensivos y se los ofrece en un entorno estructurado en horario diurno y vespertino. Estos programas pueden servir para ayudar a que un afiliado realice su transición desde un programa para pacientes internados por trastornos por consumo de sustancias. También puede servir para personas que necesitan servicios ambulatorios más estructurados por trastornos por consumo de sustancias. Dichos programas podrían incluir servicios especializados para afiliadas embarazadas, adolescentes y adultos que necesiten supervisión las 24 horas.	No	No
Servicios de prevención de la hospitalización las 24 horas		
Son servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias que se utilizan en vez de los servicios de internación hospitalaria. Dichos servicios apoyan a que un afiliado regrese a la comunidad después de una internación en un hospital, o a que siga desempeñándose en la comunidad.		
Servicios de Tratamiento Agudo (ATS) de trastornos por consumo de sustancias: Son servicios pata tratar los trastornos por consumo de sustancias las 24 horas, los siete días de la semana. Los servicios podrían incluir evaluación; uso de medicamentos aprobados para tratar adicciones; psicoterapia individual y grupal; grupos educativos; y planificación del alta. Las afiliadas embarazadas reciben servicios especializados. Los afiliados reciben servicios adicionales para tratar otros trastornos de salud mental.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de apoyo clínico para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios de tratamiento las 24 horas que pueden utilizarse independientemente o después de los servicios de tratamiento agudo (ATS) de los trastornos por el consumo de sustancias. Los servicios incluyen orientación y psicoterapia; servicios de extensión a las familias y parejas; medicamentos para tratar los trastornos por consumo de sustancias; referidos para atención primaria y apoyos comunitarios; y planificación de la recuperación. Los afiliados que tengan otros trastornos de salud mental reciben coordinación de transporte y de referidos para ver proveedores de salud mental. Las afiliadas embarazadas reciben coordinación para su atención de obstetricia.	**	No
Estabilización de crisis en la comunidad (CCS): Son servicios que se prestan en vez de los servicios de internación hospitalaria. Dichos servicios brindan observación y supervisión las 24 horas para los afiliados.	**	No
Servicios de Apoyo Transicional (TSS) para trastornos por consumo de sustancias: Es un programa residencial y psicoeducativo intensivo con coordinación de casos y de corto plazo, de 24 horas, con servicios de enfermería disponibles para los afiliados con trastornos por consumo de sustancias quienes recientemente se hayan deshabituado o estabilizado, y que requieran estabilización transicional adicional antes de ser ubicados en un programa residencial o comunitario. Los afiliados que tengan problemas concurrentes de afecciones físicas, de trastornos mentales y de trastornos por consumo de sustancias son elegibles para obtener servicios de coordinación de transporte y referidos a proveedores para garantizar el tratamiento de dichos problemas. Las afiliadas embarazadas son elegibles para recibir servicios de coordinación para su atención de obstetricia.	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de rehabilitación residencial para adultos por trastornos por consumo de sustancias: Son servicios provistos en un entorno residencial de 24 horas para tratar los trastornos por consumo de sustancias. Los servicios incluyen: un mínimo de cinco horas de terapia individual o grupal por semana; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Algunos programas residenciales atienden a afiliadas embarazadas y después del parto, y les brindan servicios de evaluación y manejo de sus necesidades prenatales y de ginecología y obstetricia, y ofrecen capacitación en destrezas para la crianza de los hijos, orientación en el desarrollo infantil, apoyo para padres y madres, planificación familiar, nutrición, y también oportunidades para reunirse con grupos sobre el desarrollo y las relaciones entre padres e hijos. Los afiliados reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para las citas con los proveedores de salud mental y así garantizar el tratamiento para cualquier otro trastorno de salud mental.	**	No
Servicios optimizados concurrentes de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios de 24 horas que se brindan en la comunidad en un entorno estructurado y seguro. Dichos servicios apoyan la recuperación del afiliado de los trastornos por consumo de sustancias y de los trastornos de salud mental que sean de moderados a graves. Estos servicios apoyan la reinserción en la comunidad y el regreso a las funciones sociales, laborales y educativas. Estos servicios se brindan para apoyar la recuperación. Se dispone de servicios clínicos, niveles de atención ambulatoria adicionales y acceso a proveedores que receten medicamentos.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de rehabilitación residencial para familias por trastornos por consumo de sustancias: Son servicios provistos en un entorno residencial de 24 horas para las familias en que uno de los padres tiene un trastorno por consumo de sustancias. Los servicios de rehabilitación para asistir a padres y niños se prestan junto con apoyos continuos para desarrollar y conservar las destrezas interpersonales y de crianza de los hijos y así promover la reunificación familiar y la estabilidad. Los afiliados reciben terapia, administración de casos, orientación y rehabilitación en la residencia.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para adultos jóvenes y jóvenes en edad transicional para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios provistos en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes entre los 16 y los 21 años o para adultos jóvenes entre los 18 y los 25 años que se están recuperando de problemas con el alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen: terapia individual o grupal; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Los afiliados también reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para ver los proveedores de salud mental por cualquier otro trastorno de salud mental concurrente.	*	No
Servicios para pacientes internados		
Son servicios de 24 horas que brindan tratamiento, diagnóstico o ambos, para salud mental o trastornos por consumo de sustancias.		
Servicios de Días administrativamente necesarios (AND): Son los días de servicios de internación hospitalaria para los afiliados que estén listos para el alta, pero el entorno adecuado aún no está disponible para recibirlos. Los servicios incluyen los servicios clínicos continuos adecuados.	Sí	No
Servicios de salud mental para pacientes internados: Son los servicios de internación hospitalaria para evaluar y tratar los trastornos psiquiátricos agudos.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados: Son servicios de internación hospitalaria que brindan atención y tratamientos dirigidos médicamente para los afiliados que tengan necesidades complejas por abstinencia, como también otras afecciones médicas y trastornos de salud conductual concurrentes.	**	No
Camas para observación o de reserva: Son servicios hospitalarios, por un período de hasta 24 horas, que sirven para evaluar, estabilizar e identificar los recursos para los afiliados.	**	No
Servicios ambulatorios de salud conductual: Son servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias provistos en persona en un entorno de atención ambulatoria, tal como un centro de salud mental o una clínica para tratar trastornos por consumo de sustancias, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud comunitario o el consultorio de un proveedor. Los servicios también pueden prestarse en el hogar o la escuela del afiliado. Algunos proveedores de estos servicios ofrecen horarios de atención ampliados durante la noche o los fines de semana mediante centros de atención de urgencia para salud conductual. Pueden ofrecer evaluaciones en el mismo día o al día siguiente para nuevos clientes, citas en el mismo día o al día siguiente para clientes habituales con necesidades de salud conductual urgentes, medicamentos dentro de las 72 horas de la evaluación inicial y citas de seguimiento dentro de los 14 días calendario. Estos servicios también pueden brindarse en un centro comunitario de salud conductual (CBHC). Los CBHC brindan servicios de salud mental y para tratar trastornos por consumo de sustancias por crisis, de urgencia y de rutina, servicios de coordinación de atención, de apoyo de pares, de evaluación y de coordinación de atención primaria. Un CBHC brindará acceso a los servicios en el mismo día o al día siguiente y de horarios de atención ampliados durante la noche y los fines de semana. Un CBHC debe brindar servicios para adultos y jóvenes, incluidos los bebés lactantes y los niños pequeños, y su familia. También consulte “servicios por crisis”.		
Servicios ambulatorios habituales: Son los servicios ambulatorios que se prestan con más frecuencia en un entorno ambulatorio.		
Tratamiento de acupuntura: Es la inserción de agujas de metal por la piel en determinados puntos del cuerpo para ayudar a las personas que están en abstinencia o recuperándose de la dependencia a las sustancias.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Manejo ambulatorio de la abstinencia: Son los servicios ambulatorios para los afiliados que presentan episodios graves por consumo excesivo de sustancias o por complicaciones de la abstinencia cuando no corren riesgos importantes ni la vida ni las funciones corporales.	No	No
Interconsulta de casos: Es una junta, respecto a un afiliado, entre el proveedor responsable y otros clínicos de salud conductual o con el médico de atención primaria del afiliado. Esta reunión sirve para identificar y planificar los servicios adicionales; coordinar o revisar un plan de tratamiento; y evaluar el avance de la persona.	No	No
Terapia familiar o de pareja: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a un afiliado y a su pareja o a su familia en la misma sesión.	No	No
Evaluación diagnóstica: Es la evaluación del desempeño de un afiliado, que sirve para diagnosticar y crear un plan de tratamiento.	No	No
Terapia Dialéctica Conductual (DBT): Es un tratamiento ambulatorio, que conlleva estrategias provenientes de la psicoterapia conductual, cognitiva y de apoyo, para afiliados con determinados trastornos, incluidos los afiliados con trastorno límite de la personalidad (TLP).	No	No
Consulta familiar: Es una reunión con los integrantes de la familia u otras personas que son importantes para el afiliado o para el tratamiento de un afiliado. Esta reunión sirve para identificar y planificar los servicios adicionales; coordinar o revisar un plan de tratamiento; y evaluar el avance de la persona.	No	No
Terapia grupal: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a personas que no están relacionadas entre sí en un entorno grupal.	No	No
Terapia individual: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a una persona con asistencia individualizada.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Interconsulta del paciente internado con un proveedor externo: Es una consulta de una sola sesión realizada por un proveedor de atención ambulatoria mientras el afiliado aún permanece internado en una unidad de psiquiatría. Esta visita incluye al afiliado y al proveedor hospitalario.	No	No
Visita de evaluación de la medicación: Es una visita para evaluar que los medicamentos recetados del afiliado sean los adecuados para tratar las necesidades de salud conductual, y también cualquier necesidad de que sea supervisado por un psiquiatra o por un enfermero matriculado con especialidad clínica para controlar que dichos medicamentos hagan efecto y sus posibles efectos secundarios.	No	No
Servicios de tratamiento por opioides: Es la evaluación y el tratamiento supervisado de una persona, con medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, junto con una gama de servicios médicos y de rehabilitación para aliviar los efectos de la adicción a los opiáceos. Incluye el tratamiento de deshabituación y de mantenimiento.	No	No
Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados: Es una consulta entre un psiquiatra o un enfermero de práctica avanzada con especialidad clínica y un afiliado a pedido del servicio médico del hospital. Sirve para evaluar el estado de salud mental del afiliado y hacer una interconsulta con el equipo médico acerca de un plan de salud conductual, incluida la medicación adecuada.	No	No
Pruebas psicológicas: Son pruebas estandardizadas que sirven para evaluar las funciones cognoscitivas, emocionales, neuropsicológicas y orales de un afiliado.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios por crisis: Están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para brindar tratamiento a personas que presentan una crisis de salud mental. Los CBHC pueden brindar servicios por crisis.		
Intervención móvil en casos de crisis en adultos (AMCI): Brinda servicios comunitarios de evaluación, intervención y estabilización para crisis de salud conductual en adultos y de seguimiento durante hasta tres días. Los servicios de AMCI están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, ubicados en el mismo lugar del CBHC. Los servicios se brindan como una respuesta móvil al afiliado (incluso en residencias privadas) y son provistos por telesalud a los afiliados mayores de 21 años, a pedido de los mismos, o según las indicaciones de la Línea de asistencia de salud conductual cuando sea clínicamente adecuado. Los AMCI manejan los programas de estabilización de crisis en la comunidad (CCS), dando preferencia a los servicios en el mismo lugar.	No	No
Servicios de salud mental para intervención en casos de crisis de salud conductual derivados del departamento de emergencias: Son servicios de intervención por crisis para los afiliados que se presentan en el departamento de emergencias con una crisis de salud conductual, incluye la evaluación de la crisis, las intervenciones de estabilización y también la planificación del alta y las tareas de coordinación de atención. Examinar los casos de crisis consiste en que un profesional calificado de salud conductual realice una evaluación de la crisis de salud conductual dentro de los 60 minutos posteriores a que la persona pueda recibir la evaluación. Las intervenciones de estabilización consisten en la observación, el tratamiento y los apoyos. La planificación del alta y la coordinación de atención consiste en un plan de preparativos que incluye la planificación del alta para identificar y garantizar un nivel de atención adecuado y las metas para dicho nivel de atención.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Otros servicios de salud conductual		
Terapia de electroconvulsiva (TEC): Es un tratamiento que sirve para tratar la depresión cuando ni la psicoterapia ni los medicamentos han surtido efecto. Este tratamiento causa una convulsión con un choque eléctrico mientras la persona está anestesiada.	No	No
Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva (rTMS): Es un tratamiento que sirve para tratar la depresión cuando ni la psicoterapia ni los medicamentos han surtido efecto. En este tratamiento, se aplican al cerebro campos magnéticos que cambian rápidamente por medio de un dispositivo que se coloca en el cuero cabelludo.	Sí	No
Observación constante especializada: Los servicios de tratamiento se prestan al afiliado en diversos entornos de 24 horas, de manera individualizada, para mantener la seguridad de la persona.	No	No

Copagos

El copago es una pequeña cantidad que un afiliado paga cuando recibe servicios de salud. La única vez en que un afiliado tendría un copago es cuando compran determinados medicamentos con receta. La mayoría de los afiliados tienen los siguientes copagos de farmacia:

- $1.00 por cada receta y surtido de medicamentos genéricos o de venta sin receta cubiertos por MassHealth de las siguientes clases: antihiperglucémicos, antihipertensivos y antihiperlipidémicos; y
- $3.65 por cada receta y reposición de todos los demás medicamentos genéricos, de marca y de venta sin receta cubiertos por MassHealth que no sean de $1.00 tal como se indicó anteriormente o que estén exentos de copagos.

Si un afiliado recibe un surtido para 90 días de un medicamento con receta cubierto por MassHealth, el valor total del copago para el surtido de 90 días seguirá siendo de $1.00 o de $3.65 según lo indicado anteriormente.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Las siguientes recetas y surtidos NO tienen NINGÚN copago de farmacia:

- Medicamentos usados para el tratamiento del Trastorno por el Uso de Sustancias (SUD), como la Terapia Asistida con Medicamentos (MAT), por ejemplo, Suboxone o Vivitrol;
- Ciertos medicamentos de prevención como la aspirina en dosis bajas para cardiopatías, los usados para la prevención del VIH y los usados en preparación para una colonoscopía;
- Determinadas vacunas y su aplicación;
- Los medicamentos e insumos de planificación familiar, como las píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales);
- Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar;
- Servicios de emergencia;
- Servicios para prevención del proveedor; u
- Otros servicios descritos en el reglamento de MassHealth (130 CMR 506.015 y 130 CMR 520.037).

Los medicamentos con receta son el único beneficio que podría tener copagos. Para otros servicios y los beneficios cubiertos no hay copagos.

Afiliados que NO tienen copagos de farmacia

Algunos afiliados no tienen que pagar ningún tipo de copago. Usted no tiene que pagar ningún copago de MassHealth por ningún servicio cubierto por MassHealth si:

- Sus ingresos son iguales o inferiores al 50% del nivel de pobreza federal (FPL)
- Usted es elegible para obtener MassHealth y está recibiendo determinados beneficios de asistencia pública tales como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) o servicios por medio del Programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC). Consulte el reglamento en 130 CMR 506.015 y 130 CMR 520.037.
- Usted es menor de 21 años de edad;
- Está embarazada o ha dado a luz recientemente (está en su período después del parto);
- Recibe beneficios de MassHealth Limited (Medicaid de emergencia);
- Es un(a) afiliado(a) que tiene MassHealth Senior Buy-In o MassHealth Standard, y recibe un medicamento que está cubierto solamente por Medicare Partes A y B, cuando es ofrecido por un proveedor certificado de Medicare;
- Está en un centro de atención a largo plazo tal como:
    - Un centro de enfermería especializada;
    - Un hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación; o

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

- Un establecimiento de cuidados intermedios (ICF) para personas con discapacidades intelectuales; o
- Ha sido internado en un hospital proveniente de dicho establecimiento u hospital;

- Recibe servicios de hospicio;
- Fue hijo(a) de crianza y es elegible para recibir MassHealth Standard, hasta la edad de 21 años o de 26 años, según lo especificado en el reglamento en 130 CMR 505.002(H);
- Es indígena norteamericano o nativo de Alaska y actualmente recibe o ha recibido alguna vez servicios en el Servicio de Salud Indígena (IHS), en una tribu indígena, en una organización tribal o en una organización indígena urbana; o
- Pertenece a otra categoría que está exenta (consulte el reglamento en 130 CMR 506.015 o 130 CMR 520.037).

Tope de copagos

Los afiliados tienen la obligación de pagar los copagos de farmacia de MassHealth hasta una cantidad límite, llamada tope de copagos, que no deberá superar el 2% de los ingresos del hogar del afiliado.

- Un tope de copagos es el valor en dólares más alto que le pueden cobrar a un afiliado por copagos de farmacia en un mes.
- MassHealth calcula un tope mensual de copagos para cada afiliado según los ingresos más bajos del hogar y el tamaño de su hogar. MassHealth redondea hacia abajo el tope de copagos al valor de $10 más cercano. Ningún copago superará los $60. La siguiente tabla muestra cuál será el valor final del tope mensual de copagos del afiliado:

Si el tope de copagos mensuales del afiliado se calcula en:	El tope final de copagos mensuales del afiliado será de:
De $0 a $9.99	Sin copagos
De $10 a $19.99	$10
De $20 a $29.99	$20
De $30 a $39.99	$30
De $40 a $49.99	$40
De $50 a $59.99	$50
De $60 o más	$60

- Por ejemplo, si su tope de copagos mensual es de $12.50 en julio, entonces no le cobrarán más de $10 de copagos en julio. Si el ingreso del hogar o el tamaño de la familia (número de integrantes) cambian en agosto, es posible que su tope de copagos mensual cambie para agosto.

Los afiliados no tendrán que pagar más copagos de farmacia una vez que alcancen su tope de copagos de farmacia para ese mes. MassHealth enviará una carta a los afiliados cuando alcancen el tope de copagos mensual. Si la farmacia intenta cobrarle al afiliado más copagos para ese

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

mes, el afiliado deberá mostrar la carta en la farmacia, y el farmacéutico no debería cobrar el copago. Los afiliados que no reciban una carta o que tengan preguntas, deberán llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth. Consulte la información de contacto a continuación.

Afiliados que NO PUEDEN pagar el copago

La farmacia no puede negarse a darles a los afiliados sus medicamentos cubiertos incluso si no pueden pagar el copago. Sin embargo, la farmacia puede facturar a los afiliados por los copagos más adelante. Los afiliados deben llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth si una farmacia no les entrega los medicamentos. Consulte la información de contacto a continuación.

Servicios excluidos

Los siguientes servicios o insumos no están cubiertos por MassHealth, a menos que sean médicamente necesarios, o según lo indicado.

- Cirugía plástica. Existen excepciones si MassHealth decide que es necesaria para:
  - El tratamiento por daños después de una lesión o enfermedad;
  - La reconstrucción del seno después de una mastectomía; u
  - Otros procedimientos que MassHealth determine que sean médicamente necesarios:
- Tratamiento por infertilidad. Esto incluye los procedimientos para la fertilización *in vitro* (IVF) y la transferencia intratubárica de gametos (GIFT);
- Tratamientos experimentales
- Es un servicio o insumo que no es proporcionado por MassHealth ni por orden de su proveedor ni de MassHealth. Existen excepciones para:
  - Servicios de emergencia;
  - Servicios de planificación familiar
- Pruebas de laboratorio no cubiertas
- Elementos de confort personal, tales como acondicionadores de aire, radios, teléfonos y televisores
- Servicios que no estén cubiertos por MassHealth de otra manera, excepto los servicios que el contratista determine que sean médicamente necesarios para afiliados de MassHealth Standard o de MassHealth CommonHealth que sean menores de 21 años

Comuníquese con MassHealth

Si usted tiene preguntas, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al (800) 841-2900 o por TDD/TTY al 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Lista de servicios cubiertos para afiliados de ACO de Atención primaria y del Plan del PCC con cobertura de MassHealth Family Assistance

Información general

La siguiente tabla brinda información general sobre los servicios y los beneficios cubiertos para los afiliados de MassHealth CarePlus que estén inscritos en nuestro plan de salud. Coordinaremos todos los servicios cubiertos que se indican a continuación. Usted tiene la responsabilidad de llevar siempre con usted sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth para mostrarlas a sus proveedores en todas las citas.

La tabla también muestra si el servicio requiere un referido (la aprobación de un Proveedor de Atención Primaria, o PCP), una autorización previa, o PA, (permiso nuestro o de uno de nuestros proveedores), o bien ambos para recibir el servicio. Hay más información sobre autorizaciones previas y referidos en su folleto para el afiliado. Antes de recibir determinados servicios, es posible que los proveedores le pidan información sobre sus necesidades de atención de salud para determinar si el servicio le corresponde y para inscribirlo en dicho servicio con su plan de seguro de salud (de ser obligatorio).

Puede llamar a nuestro equipo de servicios para miembros para obtener más información sobre los servicios y beneficios o para hacer preguntas. Consulte el número de teléfono y el horario de servicios para miembros al final de cada página de este documento.

- Si tiene preguntas sobre los servicios médicos o salud conductual llame al (888) 257-1985 o por TDD/TTY al 711 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla)
- Para ver más información sobre los servicios de farmacia cubiertos, llame al (888) 257-1985 o consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Para consultar sobre los servicios dentales, por favor llame al (800) 207-5019 o por TDD/TTY al 711 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o visite www.masshealth-dental.net.

Por favor tenga en cuenta que los servicios y los beneficios cubiertos por MassHealth cambian de vez en cuando y que podría haber cierta flexibilidad debido a la pandemia por COVID-19. La Lista de servicios cubiertos es solamente para su información general y no debería ser su único recurso para determinar la cobertura (por ejemplo, podría haber topes para la cobertura de un servicio). El reglamento de MassHealth rige los servicios y los beneficios cubiertos que usted tiene a su disposición. Para consultar el reglamento de MassHealth:

- visite el sitio web de MassHealth, en http://www.mass.gov/masshealth o
- llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711, para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p.m.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de Emergencia		
Servicios de emergencia para pacientes hospitalizados y ambulatorios	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	No	No
Tratamiento de acupuntura: Para aliviar el dolor o como anestesia	No	Sí
Servicios de hospital para pacientes internados con enfermedades agudas: Incluye todos los servicios para pacientes internados en un hospital de enfermedades agudas, como intervenciones médicas en el día, cirugías, obstetricia, salud conductual, radiología, análisis de laboratorio, y otros procedimientos de diagnóstico o de tratamiento. También incluye días administrativamente necesarios (AND). Podrían requerirse evaluaciones previas.	Sí	Sí
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios con enfermedades agudas: Son servicios prestados en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o de una clínica satélite. Generalmente los brinda, los dirige o los indica un médico. Los servicios incluyen: atención especializada, de observación, de cirugía en el día, de diagnóstico y de rehabilitación.	Sí	Sí
Servicios de cirugía ambulatorias: Son servicios quirúrgicos, de diagnóstico y médicos que brindan diagnósticos o tratamientos por medio de intervenciones quirúrgicas, incluidas las cirugías bucales que requieran anestesia general, local o regional para pacientes que no necesiten servicios de internación o de una noche de internación al final del procedimiento, pero que requieran supervisión médica constante durante un breve período de tiempo posterior a la finalización del procedimiento.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de audiología (audición): Los servicios incluyen, entre otros, pruebas para determinar la pérdida de la audición, evaluaciones para audífonos, recetas para audífonos y la rehabilitación auditiva.	No	Sí
Servicios de quiropráctica: Son el tratamiento de manipulación quiropráctica, las visitas en el consultorio y algunos servicios de radiología (p. ej., radiografías).	No	Sí
Servicios de Hospital para Enfermedades Crónicas y de Rehabilitación (CDRH): Son servicios en un hospital para enfermedades crónicas o en un hospital de rehabilitación por hasta 100 días por hospitalización. Después de los 100 días, es posible que lo transfieran de su plan a un plan de MassHealth con pago por servicio (fee-for-service) para que siga recibiendo los servicios de CDRH. Nota: Los afiliados que también reciban servicios en un centro de enfermería especializada serán transferidos después de haber recibido 100 días de servicios combinados en un CDRH y en un centro de enfermería especializada. La cobertura se limita a seis meses conforme a las normas de MassHealth.	Sí	Sí
Servicios de centro de salud comunitario: Los ejemplos incluyen: • Consultas con especialista • Servicios de ginecología y obstetricia (OB/GYN) • Servicios médicos sociales • Servicios nutricionales, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia médica nutricional • Vacunas o inmunizaciones • Educación para la salud	No	Sí
Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Son servicios de capacitación y de educación para el autocontrol de la diabetes prestados a personas con prediabetes o diabetes por un médico o por determinados profesionales acreditados y calificados en atención de salud (p. ej., enfermeros matriculados, médicos asociados, enfermeros de práctica avanzada y nutricionistas con licencia).	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de diálisis: Es la diálisis renal médicamente necesaria que incluye todos los servicios, suministros y pruebas de laboratorio de rutina; también incluye capacitación para la diálisis en el hogar.	No	Sí
Equipo médico duradero (DME): Incluye, entre otros, la compra o el alquiler de equipo médico, las piezas de repuesto y la reparación de dichos artículos. El DME cubierto incluye, por ejemplo: • productos absorbentes • extractores de leche • nutrición por vía digestiva (enteral) y parenteral • monitores de glucosa y suministros para diabéticos • equipos para movilidad y sistemas para sentarse • camas de hospital y accesorios	Sí	Sí
Servicios de intervención temprana	No	Sí
Servicios de planificación familiar	No	No
Barniz de flúor: El barniz de flúor es aplicado por los pediatras y otros profesionales calificados de atención de salud (médicos asociados, enfermeros de práctica avanzada, enfermeros matriculados y enfermeros prácticos licenciados) a los afiliados menores de 21 años, durante una consulta pediátrica de atención preventiva.	No	No
Servicios de audífonos	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de salud en el hogar: Son los servicios de atención especializada y de apoyo que se proveen en el hogar del afiliado para satisfacer las necesidades de atención especializada y las actividades de la vida diaria (ADL) relacionadas para que el afiliado pueda permanecer en su hogar de manera segura. Los servicios disponibles incluyen enfermería especializada, administración de medicamentos, ayudante de cuidado de salud en el hogar y terapia ocupacional, física y del habla o del lenguaje.	Sí	Sí
Servicios de hospicio: Los afiliados deben consultar con MassHealth o con su plan de seguro de salud sobre las opciones para recibir los servicios de hospicio por enfermedades terminales.	Sí	Sí
Servicios por infertilidad: Incluye el diagnóstico de la infertilidad y el tratamiento de la afección médica subyacente.	Sí	Sí
Servicios en un lugar para aislamiento y recuperación: Son los servicios que un afiliado recibe en un lugar para aislarse y recuperarse. Puede ser un lugar como un hotel o motel contratado por la EOHHS para brindar alojamiento seguro y aislado a las personas con un diagnóstico por COVID-19.	*	*
Servicios de laboratorio: Son todos los servicios necesarios para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades, y para mantener la salud.	Sí	Sí
Terapia médica nutricional: Son servicios de nutrición, diagnóstico, terapia y psicoterapia con el propósito de tratar una afección médica y son brindados por un médico, un nutricionista con licencia u otros profesionales acreditados y calificados en la atención de la salud (p. ej., enfermeros matriculados, médicos asociados y enfermeros de práctica avanzada).	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de centro de enfermería especializada: Son servicios en un centro de enfermería especializada de hasta 100 días por hospitalización. Después de los 100 días, es posible que lo transfieran de su plan a MassHealth con pago por servicio (fee-for-service) para que siga recibiendo los servicios de un centro de enfermería especializada. Nota: Los afiliados que también reciban servicios de un CDRH serán transferidos después de haber recibido 100 días de servicios combinados en un CDRH y en un centro de enfermería especializada. La cobertura se limita a seis meses conforme a las normas de MassHealth.	Sí	Sí
Servicios de ortopedia: Son los aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para brindar soporte o corregir cualquier defecto de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Equipo para terapia respiratoria y oxígeno	Sí	Sí
Servicios de podiatra: Servicios para el cuidado de los pies	No	Sí
Atención primaria (proporcionada por el PCC o PCP del afiliado): Los ejemplos incluyen: • Visitas en el consultorio por cuidado primario • Exámenes ginecológicos anuales • Atención prenatal • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios para dejar de consumir tabaco • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en niños y adolescentes hasta los 21 años	No	No
Servicios de prótesis	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de radiología y diagnóstico: Los ejemplos incluyen: • Radiografías • Imágenes de resonancia magnética (MRI) y otros estudios de diagnóstico por imágenes • Servicios de radioterapia oncológica realizados en centros de radioterapia oncológica (ROC) que sean independientes de un hospital para pacientes ambulatorios agudos o de un servicio de médicos.	Sí	Sí
Monitorización remota de pacientes (RPM con COVID-19): Es un paquete de servicios que facilitan el control en el hogar de los afiliados con casos posibles o confirmados de COVID-19 y que no requieren de niveles de atención en un hospital o el departamento de emergencias, pero que requieren un monitoreo permanente y estricto. El paquete de RPM con COVID-19 incluye todos los servicios clínicos médicamente necesarios que se requieran para facilitar los siete días de monitorización estricta en el hogar para los afiliados con casos posibles o confirmados de COVID-19.	*	*
Servicios de Centros de Salud Escolares: Todos los servicios cubiertos se prestan en Centros de Salud Escolares (SBHC).	No	No
Especialistas: Los ejemplos incluyen: • Visitas en el consultorio para atención especializada • Ginecología y obstetricia (OB/GYN) (No se necesita ningún referido para atención prenatal ni para el examen ginecológico anual) • Terapia médica nutricional	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de terapia: Los servicios de terapia incluyen la evaluación de diagnóstico y los tratamientos terapéuticos, creados para mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir que empeoren ciertas destrezas funcionales y/o enfermedades, lesiones o trastornos congénitos. Los ejemplos incluyen: • Terapia ocupacional • Terapia física • Terapia del habla o del lenguaje	Sí	Sí
Servicios para dejar de consumir tabaco: Psicoterapia individual y grupal presencial para dejar de consumir tabaco y medicamentos para dejar de fumar, incluida la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).	No	Sí
Servicios clínicos de atención de urgencia	**No**	**No**
Servicios de orientación en vacunación	**No**	**No**
Pelucas: Cuando sean recetadas por un médico debido a una afección médica	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios pediátricos preventivos de detección y diagnóstico (PPHSD)		
Servicios de exámenes de detección: Los niños deben ver a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) para las visitas de salud preventiva aunque estén bien de salud. Como parte de estas visitas, los PCP pueden realizar exámenes de detección que pudieran identificar problemas o riesgos para la salud. Estos exámenes incluyen las evaluaciones de salud física, mental, del desarrollo, dental, de la audición, de la visión, y otras pruebas de detección para identificar posibles enfermedades. Las visitas de rutina con un proveedor de servicios dentales también están cubiertas para los niños menores de 21 años.	No	No
Servicios de pruebas de diagnóstico: Las pruebas de diagnóstico se realizan para dar seguimiento cuando se haya identificado un riesgo para la salud.	Sí	Sí
Servicios dentales		
Dentaduras para adultos: Dentaduras totales y parciales, y adaptaciones y arreglos para dichas dentaduras, para los adultos mayores de 21 años.	*	*
Servicios odontológicos de diagnóstico, prevención, restauración y de complejidad: Son servicios preventivos, restaurativos y básicos para la prevención y el control de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud oral para niños y adultos.	*	*
Cuidado dental por emergencias	No	No
Cirugía oral: Para tratar una afección médica, realizada en un establecimiento de servicios, por ejemplo, un entorno para pacientes ambulatorios, tal como un hospital para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o una clínica o consultorio.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de transporte		
Servicios de transporte: Emergencias: Transporte en ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado, pero que es necesario debido a una emergencia. Esto incluye transporte de cuidado especializado (es decir, transporte en ambulancia de un afiliado críticamente enfermo o lesionado desde un establecimiento a otro; y que requiera atención que exceda el cuidado de los paramédicos).	No	No
Servicios de la vista		
Cuidado de la visión: médica - Incluye: • Exámenes completos de la vista una vez al año para afiliados menores de 21 años y una vez cada 24 meses para afiliados mayores de 21 años, y cuando sea médicamente necesario • Entrenamiento de la visión • Prótesis oculares; lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como un tratamiento por una afección médica tal como el queratocono • Lentes de vendaje (terapéuticas)	Sí	Sí
Cuidado de la visión: no médica - Incluye: • Recetas y suministro de materiales oftálmicos, incluidos anteojos y otras ayudas visuales, sin incluir lentes de contacto	*	*
Servicios de farmacia (medicamentos)		
Consulte la información de copagos al final de esta sección.		
Productos de farmacia que no sean medicamentos: Productos en la Lista de MassHealth de productos de farmacia que no sean medicamentos.	Sí	No
Medicamentos de venta sin receta	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Medicamentos con receta	Sí	No
Servicios de salud conductual		
Servicios de prevención de la hospitalización: Son servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias prestados como opciones clínicas adecuadas a los servicios de internación para salud conductual, para asistir a un afiliado que regresa a la comunidad después de una internación aguda de 24 horas, y para brindarle apoyos intensivos para que siga desempeñándose en la comunidad. Hay dos categorías de servicios de prevención de la hospitalización: los que se proveen en un centro de 24 horas y los que se prestan en un entorno o centro que no son de 24 horas.		

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de prevención de la hospitalización que no son de 24 horas		
Programa de Apoyo Comunitario (CSP) y los CSP Especializados: Son servicios de salud conductual prestados a los afiliados por personal paraprofesional con movilidad y en la comunidad. Programa de Apoyo Comunitario para Personas sin Hogar (CSP-HI): Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados que: (1) estén sin hogar y que sean usuarios de servicios de salud de MassHealth para enfermedades agudas; o (2) estén sin hogar de manera crónica, según la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas Implicadas con el Sistema Judicial (CSP-JI):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados implicados con el sistema judicial y que tienen impedimentos para acceder o usar de manera constante los servicios de salud médica y conductual. **Programa de Apoyo Comunitario para el Programa de Preservación del Alquileres (CSP-TPP):** Es un servicio de CSP especializado que trata las necesidades sociales relacionadas con la salud de los afiliados que corren el riesgo de quedar sin hogar y que enfrentan un desalojo debido a conductas relacionadas con una discapacidad. El CSP-TPP colabora con el afiliado, el Tribunal de Vivienda y el propietario de la vivienda del afiliado para conservar los alquileres conectando al afiliado con los servicios comunitarios para tratar los problemas subyacentes que causan el incumplimiento del contrato de alquiler.	**	No
Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP): Es un servicio clínico intensivo que da seguimiento luego del alta de un paciente internado y que asiste a los afiliados a evitar que vuelvan a ser admitidos en un hospital y a regresar a la comunidad. El servicio brinda tratamiento coordinado con una gama de especialistas.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Hospitalización parcial (PHP): Estos servicios ofrecen programas de salud mental diurnos a corto plazo, disponibles los siete días de la semana, como una alternativa a los servicios de internación hospitalarios. Dichos servicios incluyen manejo psiquiátrico a diario.	**	No
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT): Es un programa de tratamiento con enfoque de equipo para brindar tratamiento, servicios de extensión, rehabilitación y apoyo para salud mental en la comunidad para casos agudos, activos y a largo plazo. Dicho servicio asiste a los afiliados a maximizar su recuperación, a establecer metas y a estar en la comunidad. Los servicios se brindan en la comunidad y están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, según sea necesario.	No	No
Tratamiento psiquiátrico diurno: Son servicios de salud mental para los afiliados que no requieran de una estadía como pacientes internados, pero que necesitan más tratamiento que una consulta semanal. El tratamiento psiquiátrico diurno incluye diagnóstico, tratamiento y servicios rehabilitativos.	No	No
Asesoramiento para la recuperación: Es un servicio que no es clínico y es prestado por pares que tienen experiencia de vida con los trastornos por consumo de sustancias y que tienen una certificación como asesores para la recuperación. Se conecta a los afiliados con los asesores para la recuperación. Los asesores para la recuperación asisten a los afiliados que inician su tratamiento y les brindan orientación para continuar su recuperación y permanecer en la comunidad.	**	No
Navegadores de apoyo para la recuperación (RSN): Son servicios de coordinación de atención especializada para los afiliados que tienen trastornos por consumo de sustancias. Dichos servicios asisten a los afiliados en acceder y recibir tratamiento, incluidos los servicios de manejo de la abstinencia y de reinserción, y en permanecer motivados durante el tratamiento y la recuperación.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP): Los servicios por trastornos por consumo de sustancias son clínicamente intensivos y se los ofrece en un entorno estructurado en horario diurno y vespertino. Estos programas pueden servir para ayudar a que un afiliado realice su transición desde un programa para pacientes internados por trastornos por consumo de sustancias. También puede servir para personas que necesitan servicios ambulatorios más estructurados por trastornos por consumo de sustancias. Dichos programas podrían incluir servicios especializados para afiliadas embarazadas, adolescentes y adultos que necesiten supervisión las 24 horas.	No	No
Servicios de prevención de la hospitalización las 24 horas		
Son servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias que se utilizan en vez de los servicios de internación hospitalaria. Dichos servicios apoyan a que un afiliado regrese a la comunidad después de una internación en un hospital, o a que siga desempeñándose en la comunidad.		
Servicios de Tratamiento Agudo (ATS) de trastornos por consumo de sustancias: Son servicios pata tratar los trastornos por consumo de sustancias las 24 horas, los siete días de la semana. Los servicios podrían incluir evaluación; uso de medicamentos aprobados para tratar adicciones; psicoterapia individual y grupal; grupos educativos; y planificación del alta. Las afiliadas embarazadas reciben servicios especializados. Los afiliados reciben servicios adicionales para tratar otros trastornos de salud mental.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de apoyo clínico para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios de tratamiento las 24 horas que pueden utilizarse independientemente o después de los servicios de tratamiento agudo (ATS) de los trastornos por el consumo de sustancias. Los servicios incluyen orientación y psicoterapia; servicios de extensión a las familias y parejas; medicamentos para tratar los trastornos por consumo de sustancias; referidos para atención primaria y apoyos comunitarios; y planificación de la recuperación. Los afiliados que tengan otros trastornos de salud mental reciben coordinación de transporte y de referidos para ver proveedores de salud mental. Las afiliadas embarazadas reciben coordinación para su atención de obstetricia.	**	No
Tratamiento de casos agudos en la comunidad (CBAT) para niños y adolescentes: Son servicios intensivos de salud mental en un entorno seguro las 24 horas, con personal clínico para asegurar la seguridad del niño o del adolescente. El tratamiento podría incluir: control de medicamentos; evaluación psiquiátrica; enfermería; tratamientos de asistencia individualizada para mantener la seguridad del afiliado (observación constante especializada); psicoterapia individual, grupal y familiar; administración de casos; consulta y evaluación familiar; planificación del alta; y pruebas psicológicas. Este servicio podría utilizarse como una alternativa a los servicios de internación hospitalaria o para la transición desde dicha internación.	**	No
Estabilización de crisis en la comunidad (CCS): Son servicios que se prestan en vez de los servicios de internación hospitalaria. Dichos servicios brindan observación y supervisión las 24 horas para los afiliados.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Unidad de Atención Transicional (TCU): Es un programa de tratamiento comunitario que tiene un gran nivel de supervisión, estructura y apoyo dentro de un entorno abierto. Este servicio atiende a niños y adolescentes menores de 19 años que están bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF) y que necesitan cuidado temporal grupal o en un hogar de crianza, pero que ya no requieren un nivel agudo de atención. Dicho servicio integral incluye un entorno terapéutico, psiquiatría, administración de casos y tratamientos con una gama de especialistas.	**	No
Servicios de Apoyo Transicional (TSS) para trastornos por consumo de sustancias: Es un programa residencial y psicoeducativo intensivo con coordinación de casos y de corto plazo, de 24 horas, con servicios de enfermería disponibles para los afiliados con trastornos por consumo de sustancias quienes recientemente se hayan deshabituado o estabilizado, y que requieran estabilización transicional adicional antes de ser ubicados en un programa residencial o comunitario. Los afiliados que tengan problemas concurrentes de afecciones físicas, de trastornos mentales y de trastornos por consumo de sustancias son elegibles para obtener servicios de coordinación de transporte y referidos a proveedores para garantizar el tratamiento de dichos problemas. Las afiliadas embarazadas son elegibles para recibir servicios de coordinación para su atención de obstetricia.	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de rehabilitación residencial para adultos por trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para tratar los trastornos por consumo de sustancias. Los servicios incluyen: un mínimo de cinco horas de terapia individual o grupal por semana; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Algunos programas residenciales atienden a afiliadas embarazadas y después del parto, y les brindan servicios de evaluación y manejo de sus necesidades prenatales y de ginecología y obstetricia, y ofrecen capacitación en destrezas para la crianza de los hijos, orientación en el desarrollo infantil, apoyo para padres y madres, planificación familiar, nutrición, y también oportunidades para reunirse con grupos sobre el desarrollo y las relaciones entre padres e hijos. Los afiliados reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para las citas con los proveedores de salud mental y así garantizar el tratamiento para cualquier otro trastorno de salud mental.	**	No
Servicios optimizados concurrentes de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios de 24 horas que se brindan en la comunidad en un entorno estructurado y seguro. Dichos servicios apoyan la recuperación del afiliado de los trastornos por consumo de sustancias y de los trastornos de salud mental que sean de moderados a graves. Estos servicios apoyan la reinserción en la comunidad y el regreso a las funciones sociales, laborales y educativas. Estos servicios se brindan para apoyar la recuperación. Se dispone de servicios clínicos, niveles de atención ambulatoria adicionales y acceso a proveedores que receten medicamentos.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de rehabilitación residencial para familias por trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para las familias en que uno de los padres tiene un trastorno por consumo de sustancias. Los servicios de rehabilitación para asistir a padres y niños se prestan junto con apoyos continuos para desarrollar y conservar las destrezas interpersonales y de crianza de los hijos y así promover la reunificación familiar y la estabilidad. Los afiliados reciben terapia, administración de casos, orientación y rehabilitación en la residencia.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para adultos jóvenes y jóvenes en edad transicional para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes entre los 16 y los 21 años o para adultos jóvenes entre los 18 y los 25 años que se están recuperando de problemas con el alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen: terapia individual o grupal; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Los afiliados también reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para ver los proveedores de salud mental por cualquier otro trastorno de salud mental concurrente.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes para trastornos por consumo de sustancias: Son servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes entre los 13 y los 17 años que se están recuperando de problemas con el alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen: terapia individual o grupal; administración de casos; orientación; y rehabilitación en la residencia. Los afiliados también reciben servicios de coordinación de transporte y de referidos para ver los proveedores de salud mental por cualquier otro trastorno de salud mental concurrente.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios para pacientes internados		
Son servicios de 24 horas que brindan tratamiento, diagnóstico o ambos, para salud mental o trastornos por consumo de sustancias.		
Servicios de Días administrativamente necesarios (AND): Son los días de servicios de internación hospitalaria para los afiliados que estén listos para el alta, pero el entorno adecuado aún no está disponible para recibirlos. Los servicios incluyen los servicios clínicos continuos adecuados.	Sí	No
Servicios de salud mental para pacientes internados: Son los servicios de internación hospitalaria para evaluar y tratar los trastornos psiquiátricos agudos.	**	No
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados: Son servicios de internación hospitalaria que brindan atención y tratamientos dirigidos médicamente para los afiliados que tengan necesidades complejas por abstinencia, como también otras afecciones médicas y trastornos de salud conductual concurrentes.	**	No
Camas para observación o de reserva Son servicios hospitalarios, por un período de hasta 24 horas, que sirven para evaluar, estabilizar e identificar los recursos para los afiliados.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios ambulatorios de salud conductual Son servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias prestados en persona en un entorno de atención ambulatoria, tal como un centro de salud mental o una clínica para tratar trastornos por consumo de sustancias, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud comunitario o el consultorio de un proveedor. Los servicios también pueden prestarse en el hogar o la escuela del afiliado. Algunos proveedores de estos servicios ofrecen horarios de atención ampliados durante la noche o los fines de semana mediante centros de atención de urgencia para salud conductual. Pueden ofrecer evaluaciones en el mismo día o al día siguiente para nuevos clientes, citas en el mismo día o al día siguiente para clientes habituales con necesidades de salud conductual urgentes, medicamentos dentro de las 72 horas de la evaluación inicial y citas de seguimiento dentro de los 14 días calendario. Estos servicios también pueden brindarse en un centro comunitario de salud conductual (CBHC). Los CBHC brindan servicios de salud mental y para tratar trastornos por consumo de sustancias por crisis, de urgencia y de rutina, servicios de coordinación de atención, de apoyo de pares, de evaluación y de coordinación de atención primaria. Un CBHC brindará acceso a los servicios en el mismo día o al día siguiente y de horarios de atención ampliados durante la noche y los fines de semana. Un CBHC debe brindar servicios para adultos y jóvenes, incluidos los bebés lactantes y los niños pequeños, y su familia. También consulte “servicios por crisis”.		
Servicios ambulatorios habituales: Son los servicios ambulatorios que se prestan con más frecuencia en un entorno ambulatorio.		
Tratamiento de acupuntura: Es la inserción de agujas de metal por la piel en determinados puntos del cuerpo para ayudar a las personas que están en abstinencia o recuperándose de la dependencia a las sustancias.	No	No
Manejo ambulatorio de la abstinencia: Son los servicios ambulatorios para los afiliados que presentan episodios graves por consumo excesivo de sustancias o por complicaciones de la abstinencia cuando no corren riesgos importantes ni la vida ni las funciones corporales.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) para los afiliados menores de 21 años: Es un servicio para un afiliado que sea menor de 21 años y con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD). Sirve para tratar las conductas difíciles que interfieren con la habilidad del joven de desempeñarse satisfactoriamente. Este servicio incluye evaluaciones conductuales; interpretación de las conductas; creación de un plan de tratamiento; supervisión y coordinación de los tratamientos; y capacitación de los padres para alcanzar metas específicas.	Sí	No
Evaluación para la Colocación Segura y Apropiada (ASAP): Es una evaluación para determinados jóvenes que sean abusadores sexuales o incendiarios, que estén bajo el cuidado y la custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF), y que serán dados de alta de un entorno hospitalario o de prevención de la hospitalización para ir a un entorno de cuidado en un hogar familiar. Los servicios se prestan por medio de un proveedor de ASAP designado por DCF.	Sí	No
Interconsulta de casos: Es una junta, respecto a un afiliado, entre el proveedor responsable y otros clínicos de salud conductual o con el médico de atención primaria del afiliado. Esta reunión sirve para identificar y planificar los servicios adicionales; coordinar o revisar un plan de tratamiento; y evaluar el avance de la persona.	No	No
Comunicación de contacto: Es la comunicación entre un proveedor y las personas que se ocupan del cuidado o del tratamiento de un afiliado menor de 21 años. Es posible que los proveedores incluyan al personal de la escuela o de cuidado infantil, los empleados de una agencia estatal y el personal de recursos humanos.	No	No
Terapia familiar o de pareja: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a un afiliado y a su pareja o a su familia en la misma sesión.	No	No
Evaluación diagnóstica: Es la evaluación del desempeño de un afiliado, que sirve para diagnosticar y crear un plan de tratamiento.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Terapia Dialéctica Conductual (DBT): Es un tratamiento ambulatorio, que conlleva estrategias provenientes de la psicoterapia conductual, cognitiva y de apoyo, para afiliados con determinados trastornos, incluidos los afiliados con trastorno límite de la personalidad (TLP).	No	No
Servicios de Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI): Son prestados a niños elegibles menores de tres años con un diagnóstico de trastorno del espectro autista.	No	No
Consulta familiar: Es una reunión con los integrantes de la familia u otras personas que son importantes para el afiliado o para el tratamiento de un afiliado. Esta reunión sirve para identificar y planificar los servicios adicionales; coordinar o revisar un plan de tratamiento; y evaluar el avance de la persona.	No	No
Terapia grupal: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a personas que no están relacionadas entre sí en un entorno grupal.	No	No
Terapia individual: Es la psicoterapia y la terapia de apoyo para tratar a una persona con asistencia individualizada.	No	No
Interconsulta del paciente internado con un proveedor externo: Es una consulta de una sola sesión realizada por un proveedor de atención ambulatoria mientras el afiliado aún permanece internado en una unidad de psiquiatría. Esta visita incluye al afiliado y al proveedor hospitalario.	No	No
Visita de evaluación de la medicación: Es una visita para evaluar que los medicamentos recetados del afiliado sean los adecuados para tratar las necesidades de salud conductual, y también cualquier necesidad de que sea supervisado por un psiquiatra o por un enfermero matriculado con especialidad clínica para controlar que dichos medicamentos hagan efecto y sus posibles efectos secundarios.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de tratamiento por opioides: Es la evaluación y el tratamiento supervisado de una persona, con medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, junto con una gama de servicios médicos y de rehabilitación para aliviar los efectos de la adicción a los opiáceos. Incluye el tratamiento de deshabituación y de mantenimiento.	No	No
Servicios de salud conductual preventiva: Son intervenciones a corto plazo en entornos de apoyo grupal, individual o familiar para cultivar las destrezas y estrategias de afrontamiento que traten los síntomas de depresión, ansiedad y otros problemas sociales o emocionales, los cuales pudieran impedir el desarrollo de trastornos de salud conductual en los afiliados que sean menores de 21 años y que cuyas evaluaciones de detección hayan dado positivo por problemas de salud conductual (o, en el caso de un niño pequeño, un cuidador con una evaluación de detección positiva por depresión después del parto), incluso si el afiliado no cumple con los criterios de diagnóstico de salud conductual.	No	No
Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados: Es una consulta entre un psiquiatra o un enfermero de práctica avanzada con especialidad clínica y un afiliado a pedido del servicio médico del hospital. Sirve para evaluar el estado de salud mental del afiliado y hacer una interconsulta con el equipo médico acerca de un plan de salud conductual, incluida la medicación adecuada.	No	No
Pruebas psicológicas: Son pruebas estandardizadas que sirven para evaluar las funciones cognoscitivas, emocionales, neuropsicológicas y orales de un afiliado.	Sí	No
Pruebas psicológicas para la educación especial: Son pruebas que sirven para crear o para determinar la necesidad de tener un Programa Educativo Individualizado (IEP) para los niños.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios en el hogar y en la comunidad para jóvenes		
Son servicios intensivos de salud conductual brindados a los afiliados en un entorno comunitario.		
Servicios de terapia en el hogar: Este servicio para los niños se presta con frecuencia con un enfoque de equipo, que incluye la capacitación y la intervención de terapia clínica y el apoyo terapéutico paraprofesional, según lo siguiente: **Intervención clínica de terapia:** Es una relación terapéutica entre el clínico principal y el niño y su familia. La meta es tratar las necesidades de salud mental del niño al mejorar la capacidad de familia de apoyar el sano desempeño del niño en el marco familiar. El clínico crea el plan de tratamiento y colabora con la familia para que mejoren cómo resolver problemas, establecer límites, comunicarse y darse apoyo emocional entre otras funciones. Con frecuencia, el clínico calificado podría colaborar con un paraprofesional que brinde servicios de Capacitación y apoyo terapéutico. **Capacitación y apoyo terapéutico:** Es un servicio prestado por un paraprofesional que trabaja bajo las directivas de un clínico con nivel de maestría para apoyar la implementación del plan de tratamiento de un clínico licenciado para lograr las metas del plan de tratamiento. Dicha persona capacitada colabora con un clínico con nivel de maestría para apoyar un plan de tratamiento que trate las dificultades de salud mental y emocional del niño.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios por crisis: Están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para brindar tratamiento a personas que presentan una crisis de salud mental. Los CBHC pueden brindar servicios por crisis.		
Intervención móvil en casos de crisis en adultos (AMCI): Brinda servicios comunitarios de evaluación, intervención y estabilización para crisis de salud conductual en adultos y de seguimiento durante hasta tres días. Los servicios de AMCI están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, ubicados en el mismo lugar del CBHC. Los servicios se brindan como una respuesta móvil al afiliado (incluso en residencias privadas) y son prestados por telesalud a los afiliados mayores de 21 años, a pedido de los mismos, o según las indicaciones de la Línea de asistencia de salud conductual cuando sea clínicamente adecuado. Los AMCI manejan los programas de estabilización de crisis en la comunidad (CCS), dando preferencia a los servicios en el mismo lugar.	No	No
Intervención móvil en casos de crisis en jóvenes (YMCI): Es un servicio a corto plazo que consiste en una respuesta terapéutica móvil, en el lugar y en persona, para los jóvenes menores de 21 años que tienen una crisis de salud conductual, y que incluye un seguimiento de hasta siete días. Los servicios de YMCI están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año, y están ubicados en el mismo lugar del CBHC. Los servicios se brindan como una respuesta móvil al afiliado (incluso en residencias privadas) y por telesalud cuando lo solicite la familia y sea clínicamente adecuado. La YMCI tendrá acceso a los servicios de estabilización de crisis en la comunidad para jóvenes (YCCS). La YMCI debe tener la capacidad de aceptar a los jóvenes que ingresen de manera voluntaria al centro por una entrada adecuada en una ambulancia o llevados por personal de cumplimiento de la ley.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

MassHealth Family Assistance: Servicios cubiertos	¿Se requiere una autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere un referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de salud mental para intervención en casos de crisis de salud conductual derivados del departamento de emergencias: Son servicios de intervención por crisis para los afiliados que se presentan en el departamento de emergencias con una crisis de salud conductual, incluye la evaluación de la crisis, las intervenciones de estabilización y también la planificación del alta y las tareas de coordinación de atención. Examinar los casos de crisis consiste en que un profesional calificado de salud conductual realice una evaluación de la crisis de salud conductual dentro de los 60 minutos posteriores a que la persona pueda recibir la evaluación. Las intervenciones de estabilización consisten en la observación, el tratamiento y los apoyos. La planificación del alta y la coordinación de atención consiste en un plan de preparativos que incluye la planificación del alta para identificar y garantizar un nivel de atención adecuado y las metas para dicho nivel de atención.	No	No
Otros servicios de salud conductual		
Terapia electroconvulsiva (TEC): Es un tratamiento que sirve para tratar la depresión cuando ni la psicoterapia ni los medicamentos han surtido efecto. Este tratamiento causa una convulsión con un choque eléctrico mientras la persona está anestesiada.	No	No
Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva (rTMS): Es un tratamiento que sirve para tratar la depresión cuando ni la psicoterapia ni los medicamentos han surtido efecto. En este tratamiento, se aplican al cerebro campos magnéticos que cambian rápidamente por medio de un dispositivo que se coloca en el cuero cabelludo.	Sí	No
Observación constante especializada: Los servicios de tratamiento se prestan al afiliado en diversos entornos de 24 horas, de manera individualizada, para mantener la seguridad de la persona.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Copagos

El copago es una pequeña cantidad que un afiliado paga cuando recibe servicios de salud. La única vez en que un afiliado tendría un copago es cuando compran determinados medicamentos con receta. La mayoría de los afiliados tienen los siguientes copagos de farmacia:

- $1.00 por cada receta y surtido de medicamentos genéricos o de venta sin receta cubiertos por MassHealth de las siguientes clases: antihiperglucémicos, antihipertensivos y antihiperlipidémicos; y
- $3.65 por cada receta y reposición de todos los demás medicamentos genéricos, de marca y de venta sin receta cubiertos por MassHealth que no sean de $1.00 tal como se indicó anteriormente o que estén exentos de copagos.

Si un afiliado recibe un surtido para 90 días de un medicamento con receta cubierto por MassHealth, el valor total del copago para el surtido de 90 días seguirá siendo de $1.00 o de $3.65 según lo indicado anteriormente.

Las siguientes recetas y surtidos NO tienen NINGÚN copago de farmacia:

- Medicamentos usados para el tratamiento del Trastorno por el Uso de Sustancias (SUD), como la Terapia Asistida con Medicamentos (MAT), por ejemplo, Suboxone o Vivitrol;
- Ciertos medicamentos de prevención como la aspirina en dosis bajas para cardiopatías, los usados para la prevención del VIH y los usados en preparación para una colonoscopía;
- Determinadas vacunas y su aplicación;
- Los medicamentos e insumos de planificación familiar, como las píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales);
- Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de prevención prestados por el proveedor; u
- Otros servicios descritos en el reglamento de MassHealth (130 CMR 506.015 y 130 CMR 520.037).

Los medicamentos con receta son el único beneficio que podría tener copagos. Para otros servicios y los beneficios cubiertos no hay copagos.

Afiliados que NO tienen copagos de farmacia

Algunos afiliados no tienen que pagar ningún tipo de copago. Usted no tiene que pagar ningún copago de MassHealth por ningún servicio cubierto por MassHealth si:

- Sus ingresos son iguales o inferiores al 50% del nivel de pobreza federal (FPL)
- Usted es elegible para obtener MassHealth y está recibiendo determinados beneficios de asistencia pública tales como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) o servicios por medio del Programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC). Consulte el reglamento en 130 CMR 506.015 y 130 CMR 520.037.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

- Usted es menor de 21 años de edad;
- Está embarazada o ha dado a luz recientemente (está en el período después del parto);
- Recibe beneficios de MassHealth Limited (Medicaid de emergencia);
- Es un(a) afiliado(a) que tiene MassHealth Senior Buy-In o MassHealth Standard, y recibe un medicamento que está cubierto solamente por Medicare Partes A y B, cuando es ofrecido por un proveedor certificado de Medicare;
- Está en un centro de atención a largo plazo tal como:
    - Un centro de enfermería especializada;
    - Un hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación; o
    - Un establecimiento de cuidados intermedios (ICF) para personas con discapacidades intelectuales;
      o
    - Ha sido internado en un hospital proveniente de dicho establecimiento u hospital;
- Recibe servicios de hospicio;
- Fue hijo(a) de crianza y es elegible para recibir MassHealth Standard, hasta la edad de 21 años o de 26 años, según lo especificado en el reglamento en 130 CMR 505.002(H);
- Es indígena norteamericano o nativo de Alaska y actualmente recibe o ha recibido alguna vez servicios en el Servicio de Salud Indígena (IHS), en una tribu indígena, en una organización tribal o en una organización indígena urbana; o
- Pertenece a otra categoría que está exenta (consulte el reglamento en 130 CMR 506.015 o 130 CMR 520.037).

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Tope de copagos

Los afiliados tienen la obligación de pagar los copagos de farmacia de MassHealth hasta una cantidad límite, llamada tope de copagos, que no deberá superar el 2% de los ingresos del hogar del afiliado.

- Un tope de copagos es el valor en dólares más alto que le pueden cobrar a un afiliado por copagos de farmacia en un mes.
- MassHealth calcula un tope mensual de copagos para cada afiliado según los ingresos más bajos del hogar y el tamaño de su hogar. MassHealth redondea hacia abajo el tope de copagos al valor de $10 más cercano. Ningún copago superará los $60. La siguiente tabla muestra cuál será el valor final del tope mensual de copagos del afiliado:

Si el tope de copagos mensuales del afiliado se calcula en:	El tope final de copagos mensuales del afiliado será de:
De $0 a $9.99	Sin copagos
De $10 a $19.99	$10
De $20 a $29.99	$20
De $30 a $39.99	$30
De $40 a $49.99	$40
De $50 a $59.99	$50
De $60 o más	$60

- Por ejemplo, si su tope de copagos mensual es de $12.50 en julio, entonces no le cobrarán más de $10 de copagos en julio. Si el ingreso del hogar o el tamaño de la familia (número de integrantes) cambian en agosto, es posible que su tope de copagos mensual cambie para agosto.

Los afiliados no tendrán que pagar más copagos de farmacia una vez que alcancen su tope de copagos de farmacia para ese mes. MassHealth enviará una carta a los afiliados cuando alcancen el tope de copagos mensual. Si la farmacia intenta cobrarle al afiliado más copagos para ese mes, el afiliado deberá mostrar la carta en la farmacia, y el farmacéutico no debería cobrar el copago. Los afiliados que no reciban una carta o que tengan preguntas, deberán llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth. Consulte la información de contacto a continuación.

Afiliados que NO PUEDEN pagar el copago

La farmacia no puede negarse a darles a los afiliados sus medicamentos cubiertos incluso si no pueden pagar el copago. Sin embargo, la farmacia puede facturar a los afiliados por los copagos más adelante. Los afiliados deben llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth si una farmacia no les entrega los medicamentos. Consulte la información de contacto a continuación.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios excluidos

Los siguientes servicios o insumos no están cubiertos por MassHealth, a menos que sean médicamente necesarios, o según lo indicado.

- Cirugía plástica. Existen excepciones si MassHealth decide que es necesaria para:
  - El tratamiento por daños después de una lesión o enfermedad;
  - La reconstrucción del seno después de una mastectomía; u
  - Otros procedimientos que MassHealth determine que sean médicamente necesarios:
- Tratamiento por infertilidad. Esto incluye los procedimientos para la fertilización in vitro (IVF) y la transferencia intratubárica de gametos (GIFT);
- Tratamientos experimentales
- Es un servicio o insumo que no es proporcionado por MassHealth ni por orden de su proveedor ni de MassHealth. Existen excepciones para:
  - Servicios de emergencia;
  - Servicios de planificación familiar
- Pruebas de laboratorio no cubiertas
- Elementos de confort personal, tales como acondicionadores de aire, radios, teléfonos y televisores
- Servicios que no estén cubiertos por MassHealth de otra manera, excepto los servicios que el contratista determine que sean médicamente necesarios para afiliados de MassHealth Standard o de MassHealth CommonHealth que sean menores de 21 años

Comuníquese con MassHealth

Si usted tiene preguntas, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al (800) 841-2900 o por TDD/TTY al 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o referidos. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
**Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.