

2023

Tufts Health Together
with Boston Children's ACO

Manual del Miembro



a Point32Health company



Boston Children's
Accountable Care Organization

6496 101222

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



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>.
tuftshealthplan.com | **888.257.1985**

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 ntughari asusu n'Igbo na akwughị ugwo, 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) សម្រាប់សេវាកម្រិតដោយឥតគិតថ្លៃ 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 ສໍາລັບການແປພາສາແບ້ພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.257.1985**.

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

Persian برای ترجمه رایگان به فارسی به شماره تلفن **888.257.1985** 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 isé ògbùfò l'ófè 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. Encontrará definiciones para cada uno de estos términos en el Glosario que comienza en la página 50.

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.

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).

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)
 - Vea 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)

- o 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!

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 nuestra 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	6	Servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)	
Su Tarjeta de identificación (ID) de Miembro del plan de salud		Gestión de la Atención integrada	
Su tarjeta de identificación de MassHealth		Gestión de la atención compleja	
Obtener la atención a la salud que necesita.....	6	Gestión clínica intensiva (Intensive Clinical Management, ICM) de salud conductual	
Dónde obtener atención		Control de enfermedades	
Acceso a Servicios cubiertos		Programas de maternidad	
En una Emergencia		EXTRAS.....	30
Situaciones de atención de urgencia		Tarjetas de regalo para comprar asientos de seguridad para el automóvil	
Servicios de hospital		Recompensas por conductas saludables	
Cuando no está en su hogar		Reembolso por acondicionamiento físico	
Los Proveedores de su plan de salud.....	9	Recompensas y ayuda para sus necesidades de atención médica	
El Directorio de proveedores		Renovación de sus beneficios.....	33
Su PCP		Fecha de entrada en vigor de la cobertura	
Especialistas		Protección de sus beneficios	34
Consultar con un Proveedor fuera de la red		Fraude y uso indebido	
Comunicación entre Proveedores		Cancelación de la inscripción	34
Obtención de una segunda opinión	11	Cancelación voluntaria de la inscripción	
Continuidad de la atención	11	Cancelación de la inscripción debido a pérdida de Elegibilidad	
Miembros nuevos		Cancelación de la inscripción por causa	
Miembros existentes		Sus derechos.....	35
Autorización previa para servicios.....	13	Directivas anticipadas	
Autorizaciones de servicios estándar		Sus responsabilidades	36
Autorizaciones de servicios expeditas (rápidas)		Sus inquietudes	37
Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas		Consultas	
Servicios cubiertos	14	Quejas	
Servicios que cubrimos		Apelaciones	
Servicios que cubre MassHealth		¿Tiene preguntas o inquietudes?	
Servicios de atención preventiva para adultos de 21 años y más		Reclamos	
Atención a la salud para niños		My Ombudsman	
Si recibe una factura por un Servicio cubierto		Cuando tiene seguros adicionales	42
Medicamentos cubiertos, programas de farmacia y autorizaciones previas	20	Coordinación de beneficios	
Programa de farmacia		Subrogación	
Programa de terapia de pasos		Accidentes en vehículos motorizados o lesiones o enfermedades laborales	
Autorizaciones para farmacias (medicamentos y dispositivos médicos)		Cooperación entre Miembros	
Programa de farmacia de especialidad		Nuestras responsabilidades	44
Revisión de utilización — pautas clínicas y criterios de revisión.....	23	Tufts Health Plan Notificación de las políticas de privacidad	
Administración de utilización	23	Paridad en la Salud Mental	
Evaluación de medicamentos y procedimientos experimentales o de investigación		Cumplimiento con las leyes estatales y federales	
Estudios clínicos calificadores		Glosario	50
Gestión de la atención.....	24		
Programa de Socios comunitarios (CP)			
Apoyo de salud y bienestar			
Evaluación de necesidades de atención			
Transición de la atención			

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 también le dice a los Proveedores y a los farmacéuticos que usted es un Miembro.

Cuando reciba su Tarjeta de identificación de Miembro del plan de salud, léala con atención y asegúrese de que toda la información esté correcta. 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.

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 calendario de haber solicitado una cita
 - Atención no sintomática de rutina: en un plazo de 45 días calendario de haber solicitado una cita
- Atención de especialidades:
 - Atención sintomática no urgente: en un plazo de 30 días calendario de haber solicitado una cita
 - Atención no sintomática de rutina: en un plazo de 60 días calendario 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 calendario 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 calendario a partir del alta
 - Para gestión de medicamentos: en un plazo de 14 días calendario a partir del alta
 - Para otros servicios ambulatorios en un plazo de 7 días calendario 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 la 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 las calificaciones profesionales de un Proveedor, 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, alguien más del consultorio del PCP podrá 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.

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. Puede elegir permanecer con el PCP y en el plan por el que este ha optado.

Si no desea permanecer con su PCP, siempre puede elegir un PCP diferente dentro la red de su PCP 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 PCP 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 red. Permanecer dentro de la red significa que recibe atención dentro de una Red de proveedores. 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 red 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 Proveedor fuera de la red

El PCP debe solicitar y obtener una Autorización previa antes de que usted vea a un Proveedor 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 Proveedor 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

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 el Proveedor es su proveedor de atención para un embarazo actual, podrá continuar viéndolo hasta el parto y hasta que tenga su primer control de seguimiento.
- Si su Proveedor, incluido el Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), le está proporcionando atención ambulatoria médica, de Salud conductual o por trastorno por consumo de sustancias, o si su Proveedor está tratando activamente una afección médica crónica o aguda (con un tratamiento como diálisis, servicios de atención médica domiciliaria, quimioterapia o

radiación), podrá seguir viéndolo durante un máximo de 30 días calendario.

- Si su PCP actual no es un Proveedor de nuestro plan de salud, podrá seguir viéndolo durante un máximo de 30 días calendario. 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) de un hospital al momento de su inscripción, puede continuar recibiendo la atención hasta el alta — siempre que los servicios proporcionados sean Médicamente necesarios.
- Los miembros con trastorno del espectro autista (TEA) que estén recibiendo de manera activa servicios de análisis conductual aplicado (applied behavioral analysis, ABA) y tengan vigente una Autorización previa actual para los servicios de ABA podrían obtener la continuidad de estos servicios durante los 90 días siguientes a la inscripción únicamente si el Proveedor acepta nuestros términos relacionados con el pago, la calidad y otras políticas y procedimientos del plan.
- 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 o por un Plan de Atención Compartida Responsable de MassHealth, puede continuar recibiendo estos servicios durante 30 días. Estos incluyen lo siguiente:
 - Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)
 - Productos protésicos, 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 calendario 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 el Proveedor es su Proveedor de atención para un embarazo actual, podrá continuar viéndolo hasta el parto y hasta que tenga su primer control de seguimiento.
- Si su Proveedor, incluido un PCP, está tratando activamente una afección médica crónica o aguda (con un tratamiento como diálisis, servicios de atención médica domiciliaria, quimioterapia o radiación), incluyendo servicios autorizados previamente o Servicios cubiertos, es posible que pueda seguir viéndolo durante el período de tratamiento activo actual o durante un máximo de

90 días calendario (el período que sea más corto) después de que le comuniquemos que ya no es parte de nuestra Red.

- Si el Proveedor es su PCP, es posible que pueda seguir viéndolo durante un máximo de 31 días calendario 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

El Proveedor de atención primaria (*Primary Care Provider*, PCP) trabajará 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 la *Lista de servicios cubiertos* adjunta a su *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
 - o Servicios de tratamiento agudo – Nivel 3.7
 - o Servicios de estabilización clínica – Nivel 3.5
 - o Tratamiento ambulatorio estructurado de adicciones
 - o Hospitalización parcial - Nivel 2.5
 - o Servicios de tratamiento agudo mejorado/ Tratamiento agudo con diagnóstico dual
 - o 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 calendario después de que recibimos la solicitud. Usted, su Representante designado, si identifica uno, su Proveedor o nosotros podemos prolongar este plazo con 14 días calendario adicionales si:

- Usted, su Representante designado o su Proveedor solicitan una extensión o
- Podemos demostrar que la extensión es

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Equipo de servicios para Miembros de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711), 13 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., sin incluir días festivos. También puede visitarnos en tuftshealthplan.com.

conveniente para usted, necesitamos más información, creemos que tendremos la información dentro de 14 días calendario y consideramos que la información permitiría aprobar la solicitud.

Si decidimos prolongar el plazo de 14 días calendario, 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 calendario 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 calendario 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 36.

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. 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 36.

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* adjunta 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 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 una Intervención intensiva temprana, 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* adjunta 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Equipo de servicios para Miembros de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., sin incluir días festivos. También puede visitarnos en tuftshealthplan.com.

- 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

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

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.

Proveedor de salud conductual, llámenos al **888-257-1985**. Podemos brindarle información y ayuda.

Evaluación y diagnóstico de atención a la salud pediátrica preventiva (Preventive Pediatric Healthcare Screening and Diagnosis, PPHSD)

Si usted o su hijo son menores de 21 años y están inscritos en MassHealth Family Assistance, pagaremos todos los Servicios cubiertos médicamente necesarios. Esto significa que, cuando un PCP o cualquier otro Proveedor encuentra una afección de salud, pagaremos todos los tratamientos Médicamente necesarios cubiertos.

Los menores de 21 años de edad son elegibles para servicios de salud conductual preventivos. Para recibir estos servicios, un miembro debe pasar por una evaluación de salud conductual positiva. Un lactante debe tener una evaluación de presión parental posparto positiva.

Para evaluar las necesidades del miembro, un proveedor debe realizar y documentar los resultados de una evaluación de salud conductual apropiada

para su edad, utilizando un instrumento de una lista de evaluadores aprobados de MassHealth. Estos se encuentran en una lista en línea en www.mass.gov/info-details/learn-about-the-approved-masshealth-screening-tools.

Si una evaluación es positiva, el miembro no necesita cumplir con los criterios para un diagnóstico de salud conductual. Es probable que los planes de atención gestionados no requieran de una evaluación diagnóstica de las Fortalezas y Necesidades del Niño y el Adolescente (CANS, por sus siglas en inglés) antes de iniciar los servicios de salud conductual preventivos.

Si se determina que un miembro necesita tratamiento de salud conductual durante o después de los servicios preventivos, deberá ser referido a los servicios clínicos adecuados.

Servicios de examen periódico, diagnóstico y tratamiento tempranos (EPSDT)

Los servicios de EPSDT incluyen atención a la salud, 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 están inscritos en MassHealth Standard o CommonHealth y un PCP descubre una afección de salud, 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.

Puede encontrar los servicios que cubrimos en su *Lista de servicios cubiertos*. Si no cubrimos los servicios que necesita, o si la *Lista de servicios cubiertos* no incluye los servicios, el Proveedor que brinde los servicios puede solicitarnos una Autorización previa. Pagaremos los servicios 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 36. Hable con el PCP, el Proveedor de salud conductual u otro Especialista de su hijo para recibir ayuda con la obtención de estos servicios.

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 90 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 reciba algunos servicios en un Hospital pero aún viva 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 completo, 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

También cubrimos el barniz de flúor Médicamente necesario para los Miembros menores de 21 años.

El barniz de flúor se recomienda cada seis meses desde que sale el primer diente (generalmente a los seis meses) hasta que el niño cumple 3 años. Los niños de hasta 21 años pueden recibir el barniz de flúor cuando sea Médicamente necesario.

Los médicos, asistentes médicos, enfermeros profesionales, enfermeros licenciados y profesionales de enfermería certificados y autorizados 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.

Otros servicios para niños

Los niños menores de 21 años tienen derecho a ciertos servicios adicionales según la ley federal. Algunos niños necesitan ayuda adicional para tener un crecimiento y desarrollo saludables. Los niños con problemas de crecimiento o desarrollo pueden recibir servicios de especialistas en intervención temprana, como:

- Trabajadores sociales
- Enfermeros
- Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla

Todos estos proveedores trabajan con niños menores de 3 años y sus familias para asegurarse de que el niño reciba toda la ayuda adicional necesaria. Los niños de 3 años o mayores en general pueden recibir estos servicios a través del departamento escolar. Los niños menores de 3 años reciben los servicios mediante un programa de intervención temprana de nuestro plan de salud. Su hijo puede recibir algunos de estos servicios en el hogar o en un centro de intervención temprana.

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.

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 calendario y un examen médico completo en un plazo de 30 días calendario 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 36.

Si recibe una factura por un Servicio cubierto

Su proveedor no debería facturarle ninguno de los Servicios cubiertos. Si tiene preguntas en cuanto a si Tufts Health Plan o MassHealth cubren un servicio específico, o si cree que recibió una factura por error, llámenos al **888-257-1985**. Podemos ayudar.

Medicamentos cubiertos, programas de farmacia y autorizaciones previas

Para obtener información sobre los copagos, consulte la *Lista de servicios cubiertos*. Puede encontrar información sobre los copagos siguiendo directamente los cuadros de los requisitos de la autorización previa y los referidos.

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. (<https://www.mass.gov/doc/masshealth-non-drug-product-list/download>).

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 preferidos (Preferred Drug List, PDL) no funcionaron

Prevedemos 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 36 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.

Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL)

Usamos una PDL como nuestra lista de medicamentos y dispositivos médicos cubiertos.

Actualizamos la PDL todos los meses. La PDL se aplica solamente a medicamentos y dispositivos médicos que obtiene en farmacias minoristas y especializadas. La PDL no se aplica a medicamentos y dispositivos médicos que obtiene si se encuentra en el Hospital. Para obtener la PDL más actual, 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 36 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**
- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)**
- Medicamentos para perder peso**
- Medicamentos para la infertilidad**
- Medicamentos usados para la disfunción sexual masculina o femenina**
- Implantes anticonceptivos*
- Medicamentos experimentales o de investigación (puede haber excepciones**)
- Terapéutica digital y terapéutica digital por receta (PDT, por sus siglas en inglés), a menos que se indique otra cosa
- Suministros médicos*

* 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, pérdida de peso, infertilidad o disfunción sexual, o medicamentos experimentales o de investigación. Además, de acuerdo con el artículo 4.06.412(A) del título 130 del Código de Regulaciones de Massachusetts (Code of Massachusetts Regulations, CMR), no cubrimos medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Cuando están disponibles los medicamentos genéricos, no 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 Medicamento 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 20 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 36 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**.

Medicamentos nuevos en el mercado

Revisamos los medicamentos y dispositivos médicos nuevos respecto de su seguridad y eficacia antes de agregarlos a nuestra PDL. Un Proveedor que crea que un medicamento o dispositivo médico nuevo en el mercado es Medicamento 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 36 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 36 para obtener información sobre Quejas y Apelaciones. Para obtener más información, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

Programa voluntario de suministro de medicamentos para 90 días

Tufts Health Together tiene un programa voluntario de suministro de medicamentos para 90 días. El programa permite que se adquiera un suministro para 90 días en una farmacia minorista de medicamentos genéricos de mantenimiento seleccionados que se usan para tratar condiciones crónicas comunes. Consulte la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de Tufts Health Together para ver si se puede surtir un medicamento para 90 días.

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 20.

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 36.

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 para ver la lista de medicamentos que OptumRx Specialty proporciona.

No puede conseguir estos medicamentos en una farmacia minorista.

Revisión de utilización — 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.

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.

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 investigación, 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 inglés), 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 cuatro tipos principales: 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 pedirselo 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.

Los Socios comunitarios también cubrirán 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 29.

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 mejorar 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 llamándonos al **888-257-1985** o visitando tuftshealthplan.com.

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.

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

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

A cualquier hora, si está teniendo una Emergencia 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..

Gestión de la Atención integrada

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 Especialistas en servicios clínicos de extensión 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, Especialistas de servicios clínicos de extensión comunitaria y defensores de salud. 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 equipo 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 cuatro tipos de servicios de Administración de la atención:

- Administración de la atención médica (incluye la administración de atención compleja y administración de la atención de embarazo)
- Gestión clínica intensiva (Intensive Clinical Management, ICM) de salud conductual
- Gestión de asistencia social
- Extensión de atención comunitaria (Community Care Outreach, CCO)

Gestión de la atención compleja

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 barreras 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.

Gestión clínica intensiva (Intensive Clinical Management, ICM) de salud conductual

Podemos ofrecerle ICM de Salud conductual si usted:

- Tiene problemas graves de Salud conductual
- Es un niño o adolescente
- 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

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 ayudarlo a comprender el asma y sus causas, factores desencadenantes y síntomas. Podemos ayudarlo 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 ayudarlo 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 ayudarlo 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**.

Gestión de asistencia social

Nuestro equipo de servicios Clínicos de extensión comunitaria (Clinical Community Outreach, CCO) además de ayudarlo con los asuntos de atención a la salud puede proporcionarle más ayuda. Los CCO están aquí para apoyarte con cualquier aspecto de tu vida que pudiera afectar tu salud, lo que incluye el abordaje de las barreras que puedas tener para obtener cuidado de la salud. Los CCO pueden ayudarlo a:

- Encontrar un médico
- Encontrar servicios en la comunidad
- Enviar una solicitud de cupones para alimentos.
- Enviar una solicitud de beneficios como Ingresos de seguro complementario (Supplemental Security Income, SSI) y Seguro social y seguro por discapacidad (Social Security and Disability Insurance, SSDI)
- Coordinar servicios con el Departamento de Asistencia Transicional (Department of Transitional Assistance, DTA) o la oficina del Seguro Social.
- Ubicar una vivienda de emergencia
- Obtener servicios comunitarios, además de los servicios que proporcionamos
- Obtener información sobre programas que lo ayuden a pagar servicios básicos (como electricidad o calefacción)

- Encontrar grupos de apoyo para personas con discapacidades
- Coordinar transporte para citas Necesarias desde el punto de vista médico, cuando sea adecuado y aplicable
- Obtener orientación
- Asegurarse de que conozca los beneficios y EXTRAS que puede obtener

Estudiaremos su situación, y con su consentimiento, lo pasaremos a otro programa de Administración de la atención médica o de Socio comunitario si consideramos que es necesario.

Para obtener servicios de administración de atención social o para obtener más información llámenos al **888-257-1985**.

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.

Nuestro personal capacitado la llamará para llevar a cabo una evaluación posterior para ver qué nivel de apoyo necesitará. Las mujeres Miembro embarazadas pueden recibir los siguientes servicios a través de este programa:

- Felicitaciones y materiales educativos introductorios
- Calendario de embarazo con información relacionada a la atención prenatal, nutrición y ejercicios durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, la atención posparto y la atención de lactancia materna y de recién nacido.
- Información sobre las EXTRAS de su plan de salud
- Información y enlaces a Healthy Baby Essentials, nuestro proveedor preferido de bombas sacaleches.

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 31 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.

Tarjetas 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

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.

- 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 el cine.
- Reciba un examen anual (edades de 18 años y más) y puede recibir una pulsera de actividad física o una tarjeta de regalo para compras en supermercados. Tome en cuenta lo siguiente: Los adultos de 18 años y mayores pueden recibir una pulsera de actividad física durante su afiliación. Pueden ganar una tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados por someterse a un examen anual los demás años.
- 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 el cine.

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 haga una copia del formulario para conservar con usted.
3. Envíe el formulario llenado a:

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

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

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Equipo de servicios para Miembros de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711), 31 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., sin incluir días festivos. También puede visitarnos en tuftshealthplan.com.

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 un calendario con información sobre el desarrollo de su bebé durante y después de su embarazo y recordatorios para acudir a las citas con el PCP de su hijo.
- Obtenga una tarjeta de regalo para usar en la compra de un asiento de seguridad. Consulte la página 30 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 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. Después de realizar dos visitas al programa WIC durante el embarazo, complete la información en el formulario.
3. Después de asistir a la clase de cuidado del recién nacido, complete la información en el formulario y envíela con un recibo detallado, confirmación de asistencia o certificado de finalización.
4. Haga una copia del formulario para usted.
5. Envíe el formulario llenado a:

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

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 cada vez que realice las visitas del programa de WIC y cuando procesemos su formulario de recompensas. Las mujeres Miembro pueden obtener una tarjeta de regalo de \$25 durante cada embarazo.

Cómo obtener el calendario:

Llámenos al **888-257-1985** para informarnos que está embarazada. Debería recibir su calendario en un plazo de seis a ocho semanas.

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.
- Obtenga un calendario para hacer un seguimiento del desarrollo de su hijo y recordar programar las citas con el PCP de su hijo. Consulte la sección “Si está embarazada” en la página 31.

Llámenos al **888-257-1985** en cuanto tenga su bebé para obtener estos beneficios.

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

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

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

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 es 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Equipo de servicios para Miembros de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., sin incluir días festivos. También puede visitarnos en tuftshealthplan.com.

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

A partir del 1 de marzo de 2018, 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 Período 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Equipo de servicios para Miembros de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711), 35 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., sin incluir días festivos. También puede visitarnos en tuftshealthplan.com.

- 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 calendario 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 calendario 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 calendario 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 6)
- 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

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 calendario 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 enviarnos 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 41. 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** — 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 calendario 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 calendario 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 calendario, 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 calendario desde la fecha en que recibamos su solicitud.

Si necesitamos más información, y esperamos que nuestra revisión tome más de 30 días calendario, se lo haremos saber a usted o a su Representante designado, y solicitaremos una extensión de 14 días calendario. 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 calendario.

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 calendario 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 calendario desde la notificación de la Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 10 días calendario 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 41.

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 calendario desde la notificación de una Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 60 días calendario 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 calendario desde la notificación de la Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 10 días calendario 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 calendario, se lo haremos saber y prolongaremos el plazo en 14 días calendario. 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 calendario 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 rechazamos 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 rechazamos 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 calendario 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 calendario 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 Plan¹ 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

¹ Tufts Health Plan incluye Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Total Health Plan, Inc., Tufts Benefit Administrators, Inc., Tufts Insurance Company, TAHF

Brokerage Corporation, Point32Health Services, Inc. Group Health Plan y planes autofinanciados administrados por estas entidades.

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 nuestras 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 <http://www.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.

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. 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 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 6).

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.

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** 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 deshonesto 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.

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 calendario 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* que le entregamos con 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 calendario (1 de enero al 31 de diciembre)