

2025

**Tufts Health One Care**  
(Medicare-Medicaid Plan)

# Manual del Miembro



a Point32Health company

# LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



a Point32Health company

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

## Tufts Health Plan:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **855.393.3154**.

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](mailto: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 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. [TuftsHealthOneCare.org](https://www.tuftshealthonecare.org) | **855.393.3154**

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

# Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para conseguir un intérprete, solo tiene que llamarnos al 855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Alguien que habla español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，可回答您关于我们健康或药品计划的任何问题。如需口译人员，敬请拨打 855-393-3154 (TTY: 711) 联系我们，服务时间为周一至周日早 8 点至晚 8 点。会讲普通话的工作人员将为您提供帮助。此服务免费。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費口譯服務來回答您對我們的健康或藥物計畫的疑問。如需口譯人員，請致電 855-393-3154 (TTY: 711) 聯絡我們，營業時間一週七天，早上 8 點至晚上 8 點。將有會說粵語的人士為您提供幫助。此為免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 855-393-3154 (TTY: 711), pitong araw sa isang linggo, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaaring makatulong sa iyo ang isang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous mettons des services d'interprétation gratuits à votre disposition pour répondre aux questions que vous pourriez poser sur notre régime d'assurance-maladie ou de médicaments. Pour obtenir l'aide d'un interprète, appelez simplement le 855-393-3154 (TTY : 711), sept jours sur sept, de 8 a.m. à 8 p.m. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị đặt ra về chương trình sức khỏe hay chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận người phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 855-393-3154 (TTY: 711), bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Họ sẽ nói tiếng Việt để có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir stellen Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherservice zur Verfügung, der Ihnen alle Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan beantwortet. Wenn Sie einen Dolmetscher benötigen, rufen Sie uns unter 855-393-3154 (TTY: 711) an, und zwar an sieben Tagen in der Woche von 8 bis 20 Uhr. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 건강 또는 약품 플랜에 관한 문의에 답변해 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 제공받으려면 요일에 상관 없이 오전 8시~오후 8시에 855-393-3154 (TTY: 711)로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 직원이 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатную услугу устного перевода, чтобы ответить на вопросы о медицинской страховке или плане получения рецептурных препаратов. Чтобы вам предоставили переводчика, позвоните по телефону 855-393-3154 (TTY: 711). Операторы принимают звонки с 8 утра до 8 вечера, без выходных. Вам поможет сотрудник, говорящий на русском языке. Это — бесплатная услуга.

# Multi-language Interpreter Services

## Arabic:

لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم **855-393-3154** (بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية (TTY): 711)، على مدار سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 855-393-3154 (TTY: 711), पर सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक कॉल करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है वह आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Disponiamo di servizi di interpretariato gratuito in merito al nostro piano sanitario e medicinale. Per richiedere un interprete, basta chiamare al numero 855-393-3154 (TTY: 711), 7 giorni su 7, dalle 8:00 alle 20:00. Una persona che parla italiano può aiutarla. Questo servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, basta contactar-nos através do número 855-393-3154 (TTY: 711), sete dias por semana, das 8h00 às 20h00. Alguém que fale português pode ajudá-lo. É um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèpretasyon gratis pou repons ak tout kesyon ou kapab genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou w kapab jwenn yon entèprèt, sèlman rele nou nan 855-393-3154 (TTY: 711), sèt jou sou sèt, sòti 8è nan maten rive 8è nan aswè. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ap kapab ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania związane z naszym planem zdrowotnym lub dotyczącym leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, wystarczy zadzwonić do pod numer 855-393-3154 (TTY: 711); usługa jest dostępna siedem dni w tygodniu w godzinach 8:00-20:00. Osoba mówiąca po polsku udzieli Ci pomocy. Jest to usługa bezpłatna.

**Japanese:** 医療保険や医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご希望の方は、855-393-3154までご連絡ください (TTY: 711),午前8時から午後8時まで、年中無休で日本語でサポートします。これは無料のサービスです。

**Laotian:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍພາສາ, ພາຍໃຕ້ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 855-393-3154 (TTY: 711), ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ, ຈາກ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ເຮາມີຄົນທີ່ເວົ້າລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 855-393-3154 (TTY: 711) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

# Tufts Health One Care *Manual del miembro*

1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

## Su cobertura de salud y medicamentos en Tufts Health One Care del plan Medicare-Medicaid

### Introducción al *Manual del miembro*

En este manual se le brinda información sobre su cobertura en Tufts Health One Care hasta 31 de diciembre de 2024. Se explican los servicios de cuidado de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le brindan los cuidados que usted necesita en su hogar o en la comunidad y pueden reducir sus probabilidades de ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Tufts Health One Care (plan Medicare-Medicaid) es ofrecido por Tufts Health Plan. Cuando en este *Manual del miembro* se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a Tufts Health Plan. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan”, se refiere a Tufts Health One Care.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, en letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lector de pantalla, braille o audio. Llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar los materiales en idiomas distintos al español o en un formato alternativo o para solicitar los correos futuros en el idioma o formato alternativo. Mantendremos su solicitud en nuestros registros para que no tenga que realizar una solicitud distinta en cada ocasión. Asimismo, puede comunicarse con Servicios para Miembros para modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido.

### Declaraciones requeridas

- ❖ Tufts Health One Care es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proveer beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Prueba de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura en virtud de Tufts Health One Care es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



# Capítulo 1: Información básica para miembros del plan

---

## Introducción

En este capítulo se incluye información sobre Tufts Health One Care, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth, y su participación en el plan. También le explica lo que debe esperar y qué otra información recibirá de Tufts Health One Care. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

## Tabla de contenidos

A. Bienvenido a Tufts Health One Care .....	4
B. Información sobre Medicare y MassHealth .....	4
B1. Medicare .....	4
B2. MassHealth .....	5
C. Ventajas del plan One Care.....	5
D. Área de servicio de Tufts Health One Care .....	6
E. Requisitos para ser miembro del plan .....	7
F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud .....	7
G. Su plan de cuidado individualizado (ICP) .....	8
H. La prima mensual del plan Tufts Health One Care .....	8
I. El <i>Manual del miembro</i> .....	8
J. Otra información importante que le enviaremos .....	9
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care .....	9
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> .....	10
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	11
J4. <i>Explicación de beneficios</i> .....	11
K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro .....	11

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Puede hacer cambios en su registro de membresía por Internet. El portal para miembros es una herramienta autoservicio que se puede usar 24 horas al día, siete días a la semana. Regístrese en TuftsHealthOneCare.org. ....	12
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) .....	12

---

## A. Bienvenido a Tufts Health One Care

Tufts Health One Care es un plan One Care: MassHealth más Medicare. Un plan One Care está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), proveedores de servicios de la salud mental, proveedores de servicios en caso de abuso de sustancias, organizaciones de la comunidad que pueden brindar asistencia en caso de necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de cuidado de salud. En un plan One Care, un coordinador de cuidado de salud trabajará con usted para preparar un plan adaptado a sus necesidades de salud específicas. Un coordinador de cuidado de salud también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y respaldos. Todos trabajan en conjunto para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

Tufts Health One Care fue aprobado por la Mancomunidad de Massachusetts y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte de One Care.

One Care es un programa administrado por Massachusetts y el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y MassHealth (Medicaid). Este programa piloto le permite al estado y el gobierno federal evaluar maneras de mejorar los servicios de cuidado de salud que usted recibe de Medicare y MassHealth.

Tufts Health One Care es un producto ofrecido por Tufts Health Public Plans, Inc. THPP tiene licencia como organización de mantenimiento de la salud en Massachusetts y hace negocios bajo el nombre de Tufts Health Plan.

---

## B. Información sobre Medicare y MassHealth

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para:

- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades;
- personas de 65 años de edad o mayores; **y**
- personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## B2. MassHealth

MassHealth es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth es administrado por el gobierno federal y por el estado. MassHealth ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado tiene su propio programa Medicaid. Eso significa que cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién es elegible para cobertura de Medicaid en ese estado,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- qué costo tienen esos servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas Medicaid siempre y cuando lo hagan de conformidad con los reglamentos federales.

Medicare y Massachusetts deben aprobar el plan Tufts Health One Care cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y MassHealth por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

- cumpla los requisitos para participar en One Care;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y Massachusetts aprueben el plan.

Aunque nuestro plan se cancele, esto no afectará su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y MassHealth.

---

## C. Ventajas del plan One Care

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth a través de Tufts Health One Care. Esto incluye los medicamentos de receta. **No tiene que pagar más para inscribirse en este plan de salud.**

Con Tufts Health One Care sus beneficios de Medicare y MassHealth funcionarán mejor juntos y funcionarán mejor para usted. Estas son algunas de las ventajas de tener Tufts Health One Care como su plan de salud.

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá acceso a un equipo para el cuidado de salud conformado por las personas que usted elija. Un equipo para el cuidado de salud es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y trabajarán con usted para ayudarle a crear e

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



implementar un plan de cuidado individualizado (ICP). Su equipo para el cuidado de salud hablará con usted sobre los servicios que son adecuados para usted.

- Tendrá un coordinador de cuidado de salud que trabajará con usted, con el plan de salud y con su equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
- También puede optar por tener un coordinador de respaldos a largo plazo (LTS). Los servicios y respaldos a largo plazo se ofrecen a las personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos.
- Un coordinador de LTS le ayudará a encontrar y obtener los LTSS adecuados u otros servicios de salud del comportamiento o de la comunidad.
  - Tanto el coordinador de cuidado de salud como el coordinador de LTS trabajarán con su equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Usted podrá encargarse del cuidado de su salud con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y del coordinador de cuidado de salud.
- El equipo para el cuidado de salud y el coordinador de cuidado de salud trabajarán con usted para preparar un ICP, diseñado específicamente para atender sus necesidades de salud. Le ayudarán a obtener los servicios adecuados y organizar su cuidado. El equipo para el cuidado de salud se encargará de administrar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  - Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma, para poder reducir cualquier efecto secundario.
  - Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores reciban los resultados de sus pruebas médicas.
  - Su equipo para el cuidado de salud le ayudará a coordinar las citas con los médicos y otros proveedores que pueden ayudarle con cualquier adaptación por alguna discapacidad que necesite.

---

## D. Área de servicio de Tufts Health One Care

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts: Barnstable, Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, y Worcester. Consulte el Anexo A para ver nuestro mapa de área de servicio.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener Tufts Health One Care.

**Si usted se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio**, no podrá continuar en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección J, para obtener más información sobre cómo le afectará el hecho de mudarse a un lugar fuera de nuestra área de servicio.

---

## E. Requisitos para ser miembro del plan

Podrá inscribirse en nuestro plan si cumple con todos los requisitos:

- vive en nuestra área de servicio (en el caso de las personas que se encuentran en prisión, no se considerará que residen en el área geográfica de servicio incluso aunque estén físicamente viviendo en dicha área.); **y**
- tiene la Parte A y la Parte B de Medicare y cumple los requisitos para la Parte D; **y**
- cumple los requisitos para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth; **y**
- es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos; **y**
- no está inscrito en un programa de exención de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS) de MassHealth; **y**
- no tiene otro seguro de salud.

---

## F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Si Tufts Health One Care es un plan nuevo para usted, puede continuar acudiendo a sus médicos y seguir obteniendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se completen su evaluación integral y su Plan de Cuidados Individualizado (ICP). Esto se denomina “período de continuidad del cuidado”. Si usted está tomando algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare cuando se inscribe a nuestro plan, podrá obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si es necesario.

En los primeros 90 días de su inscripción en el plan, recibirá una evaluación completa en persona. Después de la evaluación, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar su ICP.

Trabajamos con Cityblock Health para proveerle servicios de coordinación de la atención. En primer lugar, un miembro del equipo de Coordinación de la atención de Cityblock lo llamará para contarle sobre la compañía. Le hará preguntas para conocer más sobre usted y sus objetivos. También lo ayudará a programar la evaluación. La evaluación será presencial y estará a cargo de un enfermero titulado. Usted puede pedir que se realice por teléfono. Colaborará con el enfermero para diseñar el

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Plan de atención médica personalizado (ICP por sus siglas en inglés) y determinar en qué áreas de la vida puede usar el apoyo.

Después de los primeros 90 días, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de Tufts Health One Care. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, para obtener más información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de la red.

---

## G. Su plan de cuidado individualizado (ICP)

Después de recibir su evaluación completa, su equipo para el cuidado de salud se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo para el cuidado de salud prepararán su ICP.

En el ICP se detallan los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Se incluyen los servicios que necesita para el cuidado de su salud física y del comportamiento, y los servicios y respaldos a largo plazo. Los proveedores que consulte y los medicamentos que toma se incluirán en su ICP. Podrá enumerar sus objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como otras inquietudes que tenga y los pasos necesarios para abordarlas.

Su plan One Care trabajará con usted en todo momento y con su familia, amigos y defensores si así lo desea. Usted tendrá una participación central en el proceso de preparación de su ICP.

Cada año, su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su ICP si los servicios de salud que usted necesita y desea cambian. Su ICP también se puede actualizar a medida que sus objetivos o necesidades cambien en el transcurso del año.

---

## H. La prima mensual del plan Tufts Health One Care

Usted no pagará ninguna prima mensual a Tufts Health One Care por su cobertura de salud.

Si paga una prima a MassHealth CommonHealth, deberá seguir pagando la prima a MassHealth para mantener su cobertura.

Es posible que los miembros que ingresen a un centro de enfermería tengan que pagar un monto pagado por el paciente para mantener su cobertura de MassHealth. El monto pagado por el paciente es la contribución del miembro al costo del cuidado en el centro. MassHealth le enviará un aviso detallado en caso de que usted deba aportar un monto pagado por el paciente.

---

## I. El Manual del miembro

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Eso significa que debemos seguir todas las reglas que se detallan en este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección E, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al miembro al al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede consultar el *Manual del miembro* en TuftsHealthOneCare.org o descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanecerá vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Tufts Health One Care entre 1 de enero de 2025 y 31 de diciembre de 2025.

## J. Otra información importante que le enviaremos

Usted ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* y información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care

Con nuestro plan, usted tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth, incluidos LTSS y medicamentos de receta. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es un ejemplo de cómo será la suya:

 <p><b>TUFTS</b> Health Plan a Point32Health company</p> <p><b>Tufts Health One Care</b> A managed care plan that contracts with both Medicare and MassHealth. Tufts Health Public Plans, Inc.</p> <p><b>Member name:</b> TEST MEMBER <b>Member ID:</b> 0000N000101</p> <p><b>Care coordinator phone:</b> 833-904-2273</p> <p><b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b></p> <p><b>PCP/Specialist:</b> \$0 <b>ER:</b> \$0 <b>RX:</b> \$0</p> <p>H7419 Plan Benefit Package #1</p>  <p><b>RxBIN:</b> 610011 <b>RXPCN:</b> CTRXMEDD <b>RxGRP:</b> RXMEDD <b>RxID:</b> 0000N000101</p>	<p>IN AN EMERGENCY: If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room. Call your primary care provider (PCP) as soon as possible.</p> <p>Send Medical Claims to: Tufts Health Public Plans - Paper Claims Submissions, P.O. Box 189, Canton, MA 02021-0189</p> <p>Send Pharmacy Claims to: OptumRx Claims Department P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287</p> <p>Send Dental Claims to: DentaQuest, Tufts Health One Care, P.O. Box 2906, Milwaukee, WI 53201-2906</p> <p>Member Services: 1-855-393-3154 (TTY: 711) Mental Health and Substance Use: 1-855-393-3154 (TTY: 711) Optum Rx: 1-800-556-5569 (TTY: 711) DentaQuest: 1-855-418-1625 (TTY: 1-800-466-7566) Provider Services: 1-888-257-1985</p> <p>Website: TuftsHealthOneCare.org</p> 
--	---

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711). Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de MassHealth para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, ya que las podría necesitar más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan Tufts Health One Care, el proveedor facturará el servicio a Medicare en lugar de a nuestro plan, y puede que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



## J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de Tufts Health One Care. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato digital o impreso) llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Las solicitudes del *Directorio de proveedores y farmacias* en formato impreso serán enviadas por correo postal dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en TuftsHealthOneCare.org o descargarlo desde este sitio web.

El Directorio de proveedores y farmacias tiene información útil sobre proveedores y farmacias. Incluye detalles como las direcciones de los consultorios, los números de teléfono, el horario de atención, si un proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) acepta pacientes nuevos, los idiomas que se hablan, entre otros.

También puede encontrar la información más actualizada sobre la red de proveedores con la herramienta para encontrar un médico, hospital o farmacia. Visite <https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor>.

### Definición de proveedores de la red

- Son proveedores de la red de Tufts Health One Care:
  - los médicos, el personal de enfermería, dentistas y otros profesionales de cuidado de la salud que podrá elegir como miembro de nuestro plan;
  - las clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o MassHealth.

Los proveedores de la red han acordado aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. Usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

### Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* la farmacia de la red que desee usar.
- Deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



Llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. para obtener más información o para obtener una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*.

### **J3. Lista de medicamentos cubiertos**

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos o Formulario*, a la que llamamos "*Lista de medicamentos*", para abreviar. En ella constan los medicamentos de receta cubiertos por Tufts Health One Care.

En la *Lista de medicamentos* se indica también si algún medicamento está sujeto a reglas o restricciones, por ejemplo, de cantidad. En el Capítulo 5, Sección B, encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org) o llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

### **J4. Explicación de beneficios**

Cuando use sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos realizados por sus medicamentos de receta de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (o EOB).

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos de receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, Sección A encontrará más información sobre la EOB y su utilidad para llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Si lo desea, puede solicitar una EOB en cualquier momento. Comuníquese con Servicios al miembro para obtener una copia.

---

## **K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro**

Usted puede mantener actualizado su expediente de miembro avisándonos oportunamente de cualquier cambio en sus datos.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan que sus datos estén correctos. **Estos utilizarán su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe usted y cuánto cuestan.** Por eso es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Infórmenos si alguna de estas situaciones se aplica a usted:

- cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- recibe cobertura de otro seguro de salud, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o indemnización por accidente laboral
- cualquier reclamación de responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
- ingreso en un centro de enfermería o en un hospital
- cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- cambio de la persona encargada de su cuidado (o cualquier otra persona responsable de usted)
- si participa o va a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le pedimos que lo haga).

Si hay algún cambio en sus datos, informe a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Puede hacer cambios en su registro de membresía por Internet. El portal para miembros es una herramienta autoservicio que se puede usar 24 horas al día, siete días a la semana. Regístrese en [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).

### **K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)**

Su expediente de miembro puede contener información médica personal (PHI). Existen leyes que nos exigen preservar la confidencialidad de su PHI. Nosotros nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8 Sección D.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le facilita los datos de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder a sus preguntas sobre Tufts Health One Care y sobre sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud y otras personas que pueden actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de Tufts Health One Care .....	14
A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro .....	15
B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud .....	18
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud .....	19
C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras /Coordinador de atención que esté de guardia.....	20
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras .....	20
D. Cómo comunicarse con la Behavioral Health Crisis Line .....	21
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento.....	21
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) .....	22
E1. Cuándo comunicarse con el SHINE .....	22
F. Cómo comunicarse con Medicare .....	23
G. Cómo comunicarse con MassHealth .....	24
H. Cómo comunicarse con My Ombudsman .....	25
I. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO).....	26
I1. Cuándo comunicarse con la QIO.....	26

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de Tufts Health One Care

<p><b>POR TELÉFONO</b></p>	<p>1-855-393-3154 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Después del horario de atención y en días festivos federales, deje un mensaje y nos pondremos en contacto con usted el siguiente día hábil.</p> <p>Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés.</p>
<p><b>POR TTY</b></p>	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.</p>
<p><b>POR CORREO</b></p>	<p>Tufts Health Plan Attn: Member Services P.O. Box 524 Canton, MA 02021-0524</p>
<p><b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b></p>	<p>Siga el enlace en <a href="https://tuftshealthplan.com/visitor/contact-us/members">https://tuftshealthplan.com/visitor/contact-us/members</a> para enviar un correo electrónico a Servicios para miembros. También puede escribirnos mediante el portal seguro para miembros.</p>
<p><b>POR EL SITIO WEB</b></p>	<p>TuftsHealthOneCare.org</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://tuftshealthonecare.org).



## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

- preguntas sobre el plan
- decisiones de cobertura de su cuidado de salud
  - Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión relacionada con lo siguiente:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, o
    - los importes que cubriremos en concepto de servicios de salud.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Secciones D y E.
- apelaciones sobre su cuidado de salud
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Secciones D y E.
- quejas sobre su cuidado de salud
  - Puede llamar a Servicios al miembro para presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja, directamente a nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido (consulte la Sección H a continuación).
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede apelar llamando a Servicios al miembro. (Consulte la sección anterior).
  - También puede enviar una queja sobre Tufts Health One Care directamente a Medicare. Para ello, puede utilizar el formulario que encontrará en línea en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el Capítulo 9, Sección J.
  - También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** queja o con la presentación de una apelación. (Consulte la sección I para obtener la información de contacto con My Ombudsman).

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión en cuanto a:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
    - la cantidad de dinero que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto es aplicable a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos de receta de MassHealth y a los medicamentos de venta sin receta de MassHealth. Los medicamentos OTC cubiertos por MassHealth se enumeran como medicamentos de Nivel 4 en la Lista de medicamentos cubiertos.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el Capítulo 9, Sección F.
- apelaciones de sus medicamentos
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el Capítulo 9, Sección F.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Eso incluye las quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, usted puede apelar. (Consulte la sección anterior).
  - También puede enviar una queja sobre Tufts Health One Care directamente a Medicare. Para ello, puede utilizar el formulario que encontrará en línea en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9.



- preguntas acerca del pago del cuidado de salud, los suministros médicos o los medicamentos de venta con y sin receta médica que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo abonar una factura o solicitarnos la devolución de un pago que haya hecho por servicios o medicamentos de receta, consulte el Capítulo 7.
  - Si, tras pedirnos que paguemos una factura, rechazáramos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección E para obtener más información sobre las apelaciones.



## B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

Tufts Health One Care trabaja con Cityblock Health para proveer servicios de gestión de la atención. Su coordinador de atención de Cityblock es un profesional de atención médica dedicado, como un enfermero, un profesional clínico de la salud conductual (salud mental y/o abuso de sustancias) o un trabajador social. Su coordinador de atención actuará como el punto clave de contacto. Coordinará los servicios con sus proveedores, familiares, representante asignado y otros miembros de su equipo de atención médica.

Dentro de los 90 días de convertirse en un miembro de Tufts Health One Care, recibirá una llamada para organizar una presentación con su coordinador de atención en su domicilio, mediante conferencia de video o en otra ubicación que prefiera. Trabajarán en conjunto, a la par del resto de su equipo de atención médica, para diseñar su plan de atención individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) y alcanzar sus metas personales.

Si desea cambiar de coordinador de atención, llame o escriba a Servicios para miembros (el número y la dirección están en la tabla que sigue).

<p><b>POR TELÉFONO</b></p>	<p>1-833-904-2273 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los coordinadores de atención y los médicos de Cityblock estarán disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Si su coordinador habitual no está disponible, otro miembro del equipo de Cityblock atenderá su llamada.</p> <p>Fuera de esos horarios, podrá dejar un mensaje a un miembro del equipo de Cityblock (si su solicitud no es urgente) o se lo pondrá en contacto con un profesional clínico de guardia (si su solicitud es urgente).</p> <p>Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés.</p>
<p><b>POR TTY</b></p>	<p>1-800-720-3479 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>9 a.m. a 5 p.m., lunes de viernes</p>
<p><b>POR CORREO</b></p>	<p>Cityblock Health 100 Grove St., Suite 115 Worcester, MA 01603</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b>	Avísele al coordinador de atención de Cityblock si desea comunicarse por correo electrónico. Él le indicará la dirección a la que debe escribir.
<b>POR EL SITIO WEB</b>	<a href="http://Cityblock.com">Cityblock.com</a>

### B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

- preguntas sobre su cuidado de salud
- preguntas sobre cómo obtener servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)
- preguntas sobre cómo recibir ayuda para su alimentación, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- preguntas sobre su Plan de cuidados individualizado (ICP)
- preguntas sobre autorizaciones de servicios solicitados por sus proveedores
- preguntas sobre los beneficios de los Servicios con cobertura flexible y cómo solicitarlos



## C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras /Coordinador de atención que esté de guardia

Llame a la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermeros para hablar con un proveedor si tiene alguna inquietud relacionada con el cuidado de la salud. Los enfermeros responderán sus preguntas y buscarán opciones de cuidado.

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-833-904-2273 Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, siete días a la semana</p> <p>Puede comunicarse con un médico que esté de guardia o dejar un mensaje con un miembro del equipo de Cityblock.</p> <p>Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-800-720-3479 Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, siete días a la semana</p> <p>Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p>

### C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

- preguntas sobre su cuidado de salud

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



## D. Cómo comunicarse con la Behavioral Health Crisis Line

Llámenos si necesita ayuda o si tiene preguntas sobre una necesidad de salud urgente. Si tiene una emergencia:

- Llame al 911 o al 988 (Línea de prevención del suicidio y crisis), o
- vaya de inmediato a la sala de emergencias o al centro de salud conductual (CBHC por sus siglas en inglés) más cercano. Los CBHC ofrecen atención inmediata para necesidades relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias. Para buscar la dirección del CBHC más cercano, llame al 877-382-1609 o visite <https://www.mass.gov/community-behavioral-health-centers/locations>

<p><b>POR TELÉFONO</b></p>	<p>1-855-393-3154 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Después del horario de atención, ofrecemos un servicio de respuesta que puede ponerlo en contacto con un enfermero o con un coordinador de atención.</p> <p>Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés.</p> <p>También puede llamar a la Línea de ayuda de salud conductual (BHHL por sus siglas en inglés) de Massachusetts al 833-773-2455 o usar la opción de chat.</p> <p>La BHHL ofrece atención en más de 200 idiomas 24 horas al día, siete días a la semana.</p>
<p><b>POR TTY</b></p>	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Disponible los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Después del horario de atención, ofrecemos un servicio de respuesta que puede ponerlo en contacto con un enfermero o con un coordinador de atención.</p>

### D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento

- necesita ayuda durante una crisis de salud mental
- necesita ayuda durante una crisis de trastorno por consumo de sustancias

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://www.tuftshealthonecare.org).



## E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (Servimos las Necesidades de Información de Salud para Todos).

El SHINE no tiene vinculación con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
<b>POR TTY</b>	1-800-439-2370 (solo Massachusetts) Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
<b>POR CORREO</b>	Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>POR EL SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/health-insurance-counseling">www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

### E1. Cuándo comunicarse con el SHINE

- preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
  - Los consejeros del SHINE podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:
    - entender sus derechos,
    - comprender las opciones de su plan,
    - presentar quejas sobre sus cuidados de salud o tratamientos, y
    - resolver problemas con sus facturas.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## F. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para personas a partir de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas son gratuitas y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>POR TTY</b>	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p>
<b>POR EL SITIO WEB</b>	<p><a href="http://es.medicare.gov">es.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. En él se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas de la tercera edad, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.</p> <p>Aquí encontrará sitios web y números de teléfono que pueden resultarle útiles, así como folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. Si no dispone de computadora, acuda a la biblioteca o al centro para personas mayores de su localidad, donde podrá visitar el sitio web utilizando las computadoras disponibles en sus instalaciones. También puede llamar a Medicare, al teléfono mencionado arriba, y decirles lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## G. Cómo comunicarse con MassHealth

MassHealth ofrece ayuda con servicios médicos y servicios y respaldos a largo plazo, así como para cubrir los costos en el caso de las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en MassHealth. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de MassHealth, la información de contacto se encuentra a continuación.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-800-841-2900
<b>POR TTY</b>	711 Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
<b>POR CORREO</b>	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
<b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:membersupport@mahealth.net">membersupport@mahealth.net</a>
<b>POR EL SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/masshealth">www.mass.gov/masshealth</a>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## H. Cómo comunicarse con My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con el programa para obtener información o ayuda y los servicios son gratuitos. El personal de My Ombudsman:

- Responderá a sus preguntas o lo remitirá al lugar adecuado para que encuentre lo que necesita.
- Lo ayudará con un problema o inquietud relacionados con One Care o su plan One Care, Tufts Health One Care. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará sobre el asunto y analizará las opciones con usted para resolver el problema.
- Lo ayudará con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle al plan One Care, MassHealth o Medicare que revisen alguna decisión que hayan tomado sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso.
- Usted puede llamar o escribir a My Ombudsman. Ingrese al sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada acerca de la ubicación y los horarios de atención.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-855-781-9898 (gratuito)
<b>MassRelay y Videophone (VP)</b>	Use el servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Videophone (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
<b>POR CORREO</b>	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4to piso Boston, MA 02111
<b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:info@myombudsman.org">info@myombudsman.org</a>
<b>POR EL SITIO WEB</b>	<a href="http://www.myombudsman.org">www.myombudsman.org</a>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## I. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Massachusetts tiene una Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) llamada Acentra Health. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la asistencia a los miembros de Medicare. La QIO no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-888-319-8452
<b>POR TTY</b>	711 Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
<b>POR CORREO</b>	Acentra Health QIO 5201 West Kennedy Blvd.; Suite 900 Tampa, FL 33609
<b>POR EL SITIO WEB</b>	<a href="http://www.acentraqio.com">www.acentraqio.com</a>

### I1. Cuándo comunicarse con la QIO

- preguntas sobre su cuidado de salud
  - usted puede presentar una queja relacionada con el cuidado recibido, si usted:
    - tiene un problema con la calidad del cuidado de la salud,
    - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, o
    - cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe saber para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con Tufts Health One Care. También le proporciona información sobre su coordinador de cuidado de salud, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y en qué circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”.....	30
B. Reglas para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	30
C. Coordinación de cuidado de salud.....	32
C1. Qué es la coordinación de cuidado de salud.....	32
C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud o su coordinador de respaldos a largo plazo (LTS).....	33
C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud.....	33
D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red.....	33
D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario.....	33
D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red.....	35
D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores abandona nuestro plan .....	35
D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red .....	36
E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).....	37
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento.....	38

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



G. Cómo obtener cuidados autodirigidos .....	38
G1. Qué son los cuidados autodirigidos .....	38
G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos .....	38
G3. Cómo pedir que envíen una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo para el cuidado de salud que identifica el miembro .....	38
H. Cómo obtener servicios dentales y de la vista .....	38
H1. Dental .....	38
H2. Vista.....	39
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre.....	39
I1. Cuidados en caso de emergencia médica .....	39
I2. Cuidado necesario de urgencia .....	41
I3. Cuidado en situaciones de desastre .....	43
J. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted.....	43
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	43
K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica.....	44
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	44
K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica.....	45
K3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....	45
L. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud .....	45
L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud .....	45
L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud.....	46
M. Equipo médico duradero (DME) .....	47
M1. DME como miembro de nuestro plan.....	47



M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar de One Care a Medicare Original o Medicare Advantage.....47

M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan .....48

M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage .....48



## A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

El término “servicios” incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, cuidados de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

El término “proveedores” hace referencia a los médicos, enfermeros, especialistas de salud del comportamiento y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los “proveedores de la red” son aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total.

---

## B. Reglas para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Tufts Health One Care cubre los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica.

Tufts Health One Care pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted reciba si sigue las reglas del plan indicadas a continuación. Para estar cubierto por nuestro plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 Sección D de este manual).
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. “Médicamente necesario” significa que los servicios son razonables y necesarios:
  - para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; ○
  - para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación; ○
  - médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare.



- De acuerdo con la ley y los reglamentos de Medicaid, y según MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:
  - puede considerarse de manera razonable que previenen, diagnostican, evitan el agravamiento, alivian, corrigen o curan enfermedades que ponen en riesgo su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan alguna deformidad o disfunción física, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o producen una enfermedad o dolencia, **y**
  - no hay otro servicio médico o lugar de servicio disponible que funcione igual de bien o que sea adecuado para usted y más económico. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con las normas de cuidado de salud con reconocimiento profesional, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados con registros que incluyan pruebas de dicha necesidad médica y calidad.

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio sería médicamente necesario, puede llamar a 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP)** que está en la red de nuestro plan (un PCP de la red). Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la sección D1.
  - Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia. Para obtener más información al respecto, consulte la sección I.
  - **Nota:** En sus primeros 90 días con nuestro plan o hasta que su Plan de cuidado individualizado (ICP) esté completo, usted puede seguir consultando a sus proveedores actuales, sin costo para usted, si no son parte de nuestra red. Esto se denomina el período de continuación de cuidados (COC). Durante el período de COC, nuestro coordinador de cuidado de salud se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después del período de COC, ya no cubriremos su cuidado si decide acudir a proveedores fuera de la red.
- **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. Pero, a veces, esta regla no se aplica, por ejemplo:
  - El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre lo que se considera emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la Sección I.



- Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. El proveedor fuera de la red debe obtener autorización previa de Tufts Health One Care antes de brindarle atención. En este caso, cubriremos el cuidado sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
- El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
- Si necesita servicios de planificación familiar, puede recibirlos de cualquier proveedor del plan One Care o de cualquier proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar.
- Al unirse al plan, usted podrá seguir consultando a sus proveedores actuales durante el período de continuación de cuidados (COC).
- Nota para miembros embarazadas: Si usted se inscribe en Tufts Health One Care cuando está embarazada, puede optar por seguir siendo atendida por su proveedor actual de servicios de obstetricia y ginecología hasta las seis semanas posteriores al parto, incluso si el proveedor no pertenece a la red. Cubriremos todos los servicios obstétricos y ginecológicos médicamente necesarios hasta el nacimiento del bebé. También cubriremos la atención posparto y las citas de seguimiento durante las primeras seis semanas después del parto.

---

## C. Coordinación de cuidado de salud

### C1. Qué es la coordinación de cuidado de salud

La coordinación de la atención es un modelo que aplicamos para gestionar sus necesidades de cuidado de la salud. Garantiza que todas las personas involucradas en su atención trabajen estrechamente. Permite que usted use los beneficios de Tufts Health One Care para obtener la atención y los servicios que necesita. La coordinación de la atención también ayuda a ponerse en contacto con recursos de la comunidad. El coordinador de salud es su contacto principal para la coordinación de la atención. Consulte las secciones F y G del capítulo 1 para obtener más información

Todas las personas que se inscriben en un plan One Care pueden tener también un coordinador de respaldos a largo plazo (LTS) en su equipo para el cuidado de salud.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Un coordinador de LTS trabajará con usted como miembro del plan One Care para encontrar recursos y servicios en su comunidad que lo ayuden con su bienestar, independencia y objetivos de recuperación. A veces, a estos servicios se les llama servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). Los coordinadores de LTS también pueden ayudarlo a conseguir recursos y servicios para la salud del comportamiento.

Los coordinadores de LTS no trabajan para planes One Care. Vienen de organizaciones de comunidades independientes y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a defender sus necesidades.

Puede optar por un coordinador de LTS que trabaje con usted como un miembro total de su equipo para el cuidado de salud en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

## **C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud o su coordinador de respaldos a largo plazo (LTS)**

Llame a Cityblock Health al 1-833-904-2273 (TTY: 1-800-720-3479) de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. para hablar con el coordinador de salud. Fuera de esos horarios, puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada. El coordinador de salud también puede ayudarlo a comunicarse con el coordinador de servicios de apoyo a largo plazo (LTS).

## **C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud**

Usted puede cambiar de coordinador de salud en cualquier momento. Para ello, llame a Cityblock al 1-833-904-2273 (TTY: 1-800-720-3479) o escriba a esta dirección:

Cityblock Health  
Attn: Member Services  
100 Grove Street, Suite 115,  
Worcester, MA 01603

---

## **D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red**

### **D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario**

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado.

#### **Definición de “PCP” y lo que un PCP hace por usted**

- Un PCP es el proveedor principal que gestiona su atención.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- Usted puede elegir como su PCP a un médico, una enfermera practicante o un asistente médico dentro de la red. Tenga en cuenta que una clínica no puede ser su PCP.
- El PCP le hace controles periódicos y garantiza que reciba el cuidado de la salud que usted necesita.
- Sabe cuándo debe solicitarnos una aprobación antes de que usted reciba servicios de cuidado de la salud. Esto puede deberse a que el servicio requiere una autorización previa. También podría ser que el PCP crea que usted necesita la atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red.

### **Cómo elegir un PCP**

Para buscar un PCP y ver dónde está el consultorio, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org) y use la herramienta para encontrar un médico, hospital o farmacia. Puede llamar a Servicios para miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., para buscar y escoger un PCP.

Si no elige un PCP, nosotros elegiremos al que consideremos adecuado para usted. También le escogeremos un PCP si el que usted elige no está disponible. Le daremos el nombre y la información de contacto del PCP en la carta que le enviaremos con su tarjeta de identificación. Siempre puede escoger otro PCP. Consulte la sección que sigue para obtener información detallada

### **Posibilidad de cambiar de PCP**

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros lo ayudamos a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente abandona nuestra red.

Para cambiar su proveedor primario de cuidados médicos:

- Llame al coordinador de salud al 1-833-904-2273 para que lo ayude a elegir un nuevo PCP.
- Llámenos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Cuando usted llama a nuestros Servicios para miembros, sus cambios al PCP entran en vigencia inmediatamente.
- Visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org) y use el portal para miembros, que es una herramienta de autoservicio en línea. Todos los cambios de PCP que se hagan en línea entrarán en vigor en un plazo de 24 horas.

Si su PCP u otro proveedor abandona nuestra red por cualquier motivo, haremos todo lo posible para darle un aviso por escrito en los 15 días siguientes a la recepción del aviso de la cancelación

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



de la afiliación. Si se encuentra recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo. Para obtener más información, consulte la Sección D3.

## **D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas tratan a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

### **Como acceder a especialistas y otros proveedores de la red**

- Si necesita un especialista, primero debe conversar sobre su necesidad con su PCP. Su PCP puede recomendarle uno y solicitará la autorización previa, si es necesario.
- Si el especialista que usted necesita ver requiere autorización previa, este o su PCP nos pedirán permiso. La solicitud debe incluir un rango de fechas si la autorización corresponde a atención continua.
- Podemos aprobar la solicitud, negarla o pedirle al PCP que presente una solicitud de autorización previa diferente.
- Si no aprobamos por escrito que usted consulte a un proveedor fuera de la red, no cubriremos los servicios. Usted tiene el derecho a apelar dicha decisión. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.) Si usted elige obtener los servicios, será responsable por el pago. Vea el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa

## **D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores abandona nuestro plan**

Puede ocurrir que un proveedor de la red que usted esté usando se retire de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.



- En caso de que su proveedor abandone nuestro plan, se lo notificaremos para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de la salud del comportamiento abandona nuestro plan, se lo notificaremos en caso de que lo haya visitado en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos en caso de que esté asignado a dicho proveedor, que esté recibiendo sus cuidados o que lo haya visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, usted tiene derecho a pedir la continuidad, y nosotros trabajaremos para que así sea, de ese tratamiento o terapia médicamente necesario.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y sus opciones para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista certificado en la red que sea accesible para usted, deberemos buscar un especialista fuera de la red para que le preste el cuidado que necesita, en caso de que el beneficio o proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. El especialista fuera de la red debe obtener autorización previa de Tufts Health One Care antes de brindarle atención.
- Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo proporcionado correctamente, tiene el derecho de apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para más información sobre cómo apelar.

Si se entera de que alguno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su cuidado. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. para recibir asistencia en encontrar un nuevo proveedor.

#### **D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red**

Debemos aprobar la autorización previa antes de que usted vea a un proveedor fuera de la red. El médico sabe cómo pedirla.

Puede consultar a un proveedor fuera de la red en cualquiera de estas situaciones:

- No hay un proveedor de la red que tenga la experiencia para ocuparse de sus necesidades de cuidado de la salud.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- El proveedor lo atendió en un departamento de emergencias. Podemos aprobar dos visitas de seguimiento.
- Usted comenzó un tratamiento de salud conductual como paciente externo antes de inscribirse en el plan. El proveedor debe indicar que la suspensión del tratamiento puede provocar daños mayores.
- Usted se encuentra en el período de 90 días de continuación de la atención. Consulte la sección F del capítulo 1 para obtener más información. Observación: Si se inscribe en el plan mientras se encuentra en tratamiento activo, es posible que no exijamos una autorización previa adicional para ese tratamiento durante un período de 90 días (período de continuación de la atención), a partir de la fecha de inicio del plan.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, dicho proveedor deberá cumplir los requisitos para poder participar en Medicare o MassHealth.

- No podemos pagar a proveedores que no cumplan los requisitos para participar en Medicare o MassHealth.
- Si consulta a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare o MassHealth, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los propios proveedores deberán decirle si cumplen o no los requisitos para participar en Medicare o MassHealth.

---

## E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS) le permiten vivir de manera independiente en su hogar. Un coordinador de LTS es un experto en LTSS y trabaja en su área. Esta persona es un recurso que puede formar parte de su equipo de atención.

Durante los primeros 90 días de este plan, el coordinador de salud le realizará una evaluación de salud. En ese momento, este puede pedirle su colaboración para elegir un coordinador de LTS. Si quiere que un coordinador de LTS esté presente durante la evaluación de salud inicial, el coordinador de salud se encargará de gestionar este pedido.

Si decide que no desea que haya un coordinador de LTS en su equipo de atención, puede solicitar luego que se sume. Comuníquese con el coordinador de salud para obtener más información sobre los coordinadores de LTSS y LTS.



## F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Servicios de salud conductual para necesidades de salud mental y consumo de sustancias. Consulte la sección D del capítulo 4 de la Tabla de beneficios para obtener información detallada.

El coordinador de salud o el coordinador de LTS pueden ayudarlo a ponerse en contacto con los servicios de salud conductual disponibles en su área. El PCP también puede ayudarlo a encontrar los servicios de salud conductual adecuados para sus necesidades. También puede visitar [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org) para buscar proveedores, 24 horas al día, siete días a la semana.

---

## G. Cómo obtener cuidados autodirigidos

### G1. Qué son los cuidados autodirigidos

El término “cuidados autónomos” significa que usted puede contratar a un asistente de cuidado personal (PCA por sus siglas en inglés) y administrar sus servicios. Los servicios del PCA le brindan ayuda con las actividades de la vida cotidiana. Consulte las Tablas de beneficios en el capítulo 4 para obtener más información.

### G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos

Los cuidados autónomos permiten que los miembros con discapacidades vivan de manera independiente. Esto incluye miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud. El equipo de atención trabaja con usted para decidir si este servicio es adecuado para su caso. Puede ser parte del Plan de atención médica personalizado (ICP por sus siglas en inglés). El coordinador de salud puede ayudarlo a acceder a agencias de gestión de la atención personal (PCM por sus siglas en inglés) para obtener la atención que usted necesita.

### G3. Cómo pedir que envíen una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo para el cuidado de salud que identifica el miembro

Envíele al coordinador de salud una solicitud por escrito para que el equipo de atención obtenga copias de los avisos por escrito relacionados con sus cuidados autónomos.

---

## H. Cómo obtener servicios dentales y de la vista

### H1. Dental

Nuestra atención dental se provee a través de DentaQuest. Debe usar un profesional de servicios dentales que participa en DentaQuest para recibir todos los servicios dentales cubiertos. Cubrimos dos limpiezas y evaluaciones bucales por año. Otros servicios dentales están cubiertos. Consulte *Servicios dentales* en el Capítulo 4, Sección D de este manual

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



para obtener más información. Puede que tenga que obtener una autorización previa antes de que cubrimos algunos de estos servicios.

Para más información sobre sus beneficios dentales, por favor llame a DentaQuest al 1-855-418-1625 (TTY: 1-800-466-7566), lunes de viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

## H2. Vista

Cubrimos los exámenes oftalmológicos de rutina una vez por año de beneficio. Estos son realizados por oftalmólogos u optometristas que forman parte de la Red EyeMed.

También cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años. Ofrecemos una asignación de \$80 para marcos. Ofrecemos una asignación de \$80 para lentes de contacto tradicionales o de \$100 para lentes de contacto descartables. Cuando un proveedor le haya realizado un examen oftalmológico, lleve la receta a un proveedor de EyeMed participante para ahorrar en artículos para la vista.

Para encontrar un proveedor de EyeMed participante, visite [eyemedvisioncare.com](http://eyemedvisioncare.com) y haga clic en la sección “miembros”. También puede llamar a EyeMed al 866-591-1863 (TTY: 711), lunes de sábado, de 7:30 a.m. a 11 p.m., y domingo, de 11 a.m. a 8 p.m. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o cuidado necesario de urgencia, o durante un desastre.

---

# I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre

## I1. Cuidados en caso de emergencia médica

### Definición de emergencia médica

Se considera emergencia médica cualquier problema de salud con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves, o cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, cualquier persona con unos conocimientos médicos o de salud medios podría esperar que derivase en:

- riesgos graves para su salud o la del feto; o
- daños graves a las funciones corporales; o
- disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; o

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  - no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes de que dé a luz.
  - un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

### Qué hacer en caso de emergencia médica

Si tiene usted una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted **no** necesita obtener primero una aprobación o un referido. No es obligatorio que utilice un proveedor de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor con la debida licencia del estado.
- Lo más pronto posible, comuníquese a su plan sobre su emergencia. Tenemos que hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted o alguien más deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque hubiéramos sido informados fuera de plazo. Después de una emergencia, llámenos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede encontrar nuestro número de teléfono al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan cubre este servicio. También cubrimos los servicios médicos recibidos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores que proporcionen cuidado de emergencia decidirán cuándo se ha estabilizado y ha terminado su emergencia médica. Continuarán dándole tratamiento y se pondrán en contacto con nosotros para la correspondiente planificación en caso de que necesite cuidados complementarios para ponerse mejor.

Nuestro plan cubre sus cuidados complementarios. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## Qué hacer en caso de una emergencia de salud del comportamiento

Si tiene una emergencia de salud conductual, llame al 911, al 988 (la Línea de prevención del suicidio y crisis) o vaya a la sala de emergencias más cercana. No se requiere autorización previa para la atención en la sala de emergencias en los Estados Unidos y sus territorios. Si desea obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en la sección D del capítulo 4.

También puede llamar o enviar un mensaje de texto a la Línea de ayuda de salud conductual de Massachusetts al 833-773-2455 o visite [masshelpline.com](https://masshelpline.com) 24 horas al día, siete días a la semana, 356 días al año. Ofrecemos interpretación en tiempo real en más de 200 idiomas.

Otra opción es ir al centro comunitario de salud conductual local (CBHC por sus siglas en inglés). Los CBHC son lugares donde encontrará una gran variedad de programas de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. La red estatal incluye 25 CBHC en comunidades de todo Massachusetts. Los CBHC ofrecen atención inmediata para necesidades relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias, tanto en crisis como en el día a día. Para buscar la dirección del CBHC más cercano, visite <https://www.mass.gov/community-behavioral-health-centers/locations>.

Siempre puede ponerse en contacto con su Coordinador de salud al 1-833-904-2273 para obtener ayuda a la hora de encontrar los servicios que necesita.

## Qué ocurre si recibe cuidado de emergencia cuando no es realmente una emergencia

A veces es difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría solicitar cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un grave peligro, cubriremos el cuidado de emergencia.

No obstante, si el médico dice que no era una emergencia, solo cubriremos el cuidado adicional si:

- usted utiliza un proveedor de la red, o
- el cuidado adicional que reciba es considerado “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

## 12. Cuidado necesario de urgencia

### Definición de cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se recibe para tratar una situación que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo, una enfermedad existente se puede agudizar o usted puede verse afectado por una enfermedad o una lesión inesperadas.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



## Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, solo cubriremos el cuidado necesario de urgencia si:

- recibe este cuidado de salud de proveedores de la red y
- sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no fuera posible o razonable acceder a un proveedor de la red, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

En situaciones urgentes, llame a su PCP o proveedor de salud conductual. Puede llamar a los consultorios de cualquiera de sus proveedores 24 horas al día, siete días a la semana. El proveedor debe atenderlo en un plazo de 48 horas en el caso de las citas de atención de urgencia.

Siempre puede ponerse en contacto con el coordinador de salud (1-833-904-2273) para obtener ayuda a la hora de buscar los servicios que necesita. Cityblock también ofrece atención de urgencia por teléfono o a domicilio en este número. Los proveedores pueden revisar su historia médica, responder a sus preocupaciones médicas o de salud y proveer opciones para la atención fuera del horario de atención habitual o las visitas a la sala de emergencias.

Si su padecimiento empeora antes de ver al PCP o al proveedor de salud conductual, llame al 911, al 988 (Línea de prevención del suicidio y crisis) o vaya a la sala de emergencias. Si tiene alguna inquietud relacionada con la salud conductual, también puede llamar a los siguientes números para pedir ayuda:

- Centro comunitario de salud conductual (CBHC) local Para buscar la dirección del CBHC más cercano, visite <https://www.mass.gov/community-behavioral-health-centers/locations>.
- Línea de ayuda de salud conductual (BHHL por sus siglas en inglés) de Massachusetts (833-773-2445), 24 horas al día, siete días a la semana, incluidos los días festivos. Puede llamar o enviar un mensaje de texto a este número para pedir ayuda o chatear en línea a [masshelpline.com](https://masshelpline.com).

## Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, puede que no le sea posible acceder a proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Nuestro plan no cubre cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado que obtenga fuera de los Estados Unidos.

### **I3. Cuidado en situaciones de desastre**

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services, o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir cuidado de Tufts Health One Care.

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener cuidados de salud durante una situación de desastre declarada: [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).

En situaciones de desastre declaradas, si no puede acceder a un proveedor de la red, le permitiremos que reciba cuidados de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

---

## **J. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted**

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos la factura.

**No debe pagar la factura, Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o si le han facturado servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.

### **J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan**

Tufts Health One Care cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios no cubiertos por nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos oralmente o por escrito. Si decidimos que no pagaremos esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



El Capítulo 9 explica qué hacer si desea que el plan pague por un servicio médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión sobre un servicio. También puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711) para obtener más información al respecto.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa ese límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios al miembro para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

---

## **K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica**

### **K1. Definición de estudio de investigación clínica**

Un estudio de investigación clínica (conocido también como ensayo clínico) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado un estudio en el que usted quiera participar, y en el que usted manifiesta interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted cumple los requisitos necesarios para participar en él. Usted podrá participar en el estudio si cumple las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tendrá que hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted puede seguir inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidados de nuestro plan que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos avise y no necesita nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que estos casos no incluyen los beneficios por los cuales se responsabilizan nuestros planes, lo cual incluye exámenes clínicos o registros para evaluar el beneficio. No obstante, sí se incluyen beneficios especificados conforme a las resoluciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de excepciones de dispositivos en investigación (IDE), pero pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

**Pero usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado de salud deberán ponerse en contacto con Servicios al miembro para informarnos de que usted va a tomar parte en un ensayo clínico.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



## **K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica**

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare será quien pague los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez se haya inscrito en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Eso incluye lo siguiente:

- alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio,
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación **y**
- el tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Si usted forma parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

## **K3. Más información sobre estudios de investigación clínica**

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **L. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud**

### **L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud**

Una institución religiosa no médica de cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidados que normalmente obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica de cuidados de salud.

Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico).

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



## L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado de carácter **voluntario** y **no exigido** por la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “excluido” es todo aquel cuidado que **no sea voluntario** y que sea **exigido** de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado recibido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, dicho cuidado debe cumplir las siguientes condiciones.

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Los servicios se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
- Si usted recibe servicios en una institución, deberán cumplirse los requisitos siguientes:
  - Los servicios deben destinarse a una afección médica que cubriríamos como cuidado para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
  - Antes de ser internado en la institución, deberá obtener aprobación de nuestro plan. De lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.
  - No hay límite de días para este beneficio. Consulte el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información.



---

## M. Equipo médico duradero (DME)

### M1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye determinados artículos que puede solicitar un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para personas con diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de Tufts Health One Care, el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile. En determinadas situaciones, le cederemos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al miembro para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.

### M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar de One Care a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios del equipo alquilado después de 13 meses. El plan Medicare Advantage puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

**Nota:** Consulte las definiciones de los planes de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para poder ser propietario del equipo, usted deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el plan Medicare Original, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, si:

- usted no se convirtió en propietario del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan **y**
- usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Si efectuó los pagos del equipo médico duradero bajo Medicare Original o bajo un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos realizados a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no se descontarán de los pagos que tenga que hacer después de dejar nuestro plan.**

- Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage.
- No se harán excepciones en este punto cuando usted vuelva a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

### **M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan**

Si usted reúne los requisitos para que Medicare cubra los equipos de oxígeno y es usted miembro de nuestro plan, tendrá derecho a los siguientes beneficios:

- alquiler de equipos de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe ser devuelto cuando ya no es médicamente necesario para usted o si usted abandona el plan.

### **M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage**

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en Medicare Original**, deberá alquilar el equipo a un proveedor durante 36 meses. El pago mensual del alquiler cubre el equipo de oxígeno y los suministros y servicios relacionados anteriormente.

Si, **transcurridos los 36 meses de alquiler**, el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario:

- su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
- su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un máximo de 5 años si fuera médicamente necesario.



Si, **transcurrido el período de 5 años**, el equipo de oxígeno es todavía médicamente necesario:

- su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
- dará comienzo un nuevo período de 5 años.
- se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
- su proveedor deberá entonces facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
- cada 5 años empieza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage**, este le ofrecerá, como mínimo, la misma cobertura que Medicare Original. Infórmese sobre qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan Medicare Advantage y sobre los costos que supondrá para usted.



## Capítulo 4: Tabla de beneficios

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre Tufts Health One Care y cualquier restricción o límite de esos servicios. También le informa los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos.....	51
A1. Durante emergencias de salud pública .....	51
B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores.....	51
C. Tablas de beneficios de nuestro plan .....	52
D. Tablas de beneficios .....	54
E. Beneficios cubiertos fuera de Tufts Health One Care .....	104
E1. Cuidados en hospicio.....	104
E2. Servicios cubiertos por los planes de pago por servicio de MassHealth.....	104
E3. Servicios de la agencia del estado .....	105
F. Beneficios que no están cubiertos por Tufts Health One Care, Medicare o MassHealth.....	105



---

## A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le dice qué servicios cubre Tufts Health One Care. También podrá informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 y la información sobre cuánto paga por medicamentos está en el Capítulo 6.

Con Tufts Health One Care, usted no paga nada por los servicios cubiertos enumerados en este capítulo, siempre y cuando siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para conocer los detalles sobre las reglas del plan. Esta Lista de servicios cubiertos es solo para su información general. Llame a Tufts Health One Care para obtener la información más actualizada. Las reglas de MassHealth son uno de los factores que controlan los servicios y beneficios disponibles para usted. Para acceder a las reglas de MassHealth:

- vaya al sitio web de MassHealth en [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth); o
- llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, TTY: 711 (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si usted necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidado de salud.

### A1. Durante emergencias de salud pública

Una emergencia de salud pública es cuando una enfermedad o condición de salud supone un riesgo sustancial al causar una cantidad significativa de muertes humanas o una discapacidad permanente o de larga duración. Las emergencias de salud pública incluyen la pandemia de la COVID-19 y la influenza, o "la gripe".

En el pasado, Tufts Health One Care amplió la cobertura relacionada con las emergencias de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés), tales como: cómo se puede acceder a un servicio (por ejemplo, telemedicina) y la difusión de la disponibilidad o el tratamiento de enfermedades relacionadas con las PHE. Algunas de estas flexibilidades pueden sobrevivir a las fechas de vencimiento de las PHE. Para conocer más información acerca de lo que Tufts Health One Care puede hacer por usted durante las PHE, comuníquese con Servicio para Miembros al 855-393-3154 (los usuarios de TTY pueden marcar 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

## B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No les permitimos a los proveedores de Tufts Health One Care que le cobren por sus servicios cubiertos. Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos. Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios al miembro.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



---

## C. Tablas de beneficios de nuestro plan

En las Tablas de beneficios de la Sección D se indica qué servicios están cubiertos por el plan. Las tablas nombran y explican los servicios cubiertos.

**Pagaremos por los servicios indicados en las Tablas de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas.** Usted no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth.
- Los servicios (que incluyen atención médica, cuidado de salud del comportamiento, Servicios y respaldos a largo plazo, otros servicios, suministros y equipo) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios de manera razonable para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica y que no hay otro servicio similar y menos costoso adecuado para usted.
- Para miembros nuevos, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante este tiempo es posible que el nuevo plan MA no requiera autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso cuando este tratamiento haya iniciado con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con Tufts Health One Care. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Algunos servicios enumerados en las Tablas de beneficios están cubiertos solamente si su equipo para el cuidado de salud, médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en las Tablas de beneficios en letra *itálicas*.
- Si su plan le aprueba una solicitud PA para el transcurso del tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención médica según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor del tratamiento.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Algunos de los servicios de las Tablas de beneficios están cubiertos solo si usted y su equipo para el cuidado de salud deciden que son adecuados para usted y están en su Plan de cuidado individualizado (ICP).



## D. Tablas de beneficios

Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hace 12 semanas o más que tiene el dolor;</li> <li>• no es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas);</li> <li>• no está asociado a ninguna operación, <b>y</b></li> <li>• no está asociado al embarazo.</li> </ul> <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.</p> <p>Tufts Health One Care cubre los tratamientos de acupuntura más allá del límite de 20 visitas indicado anteriormente para tratar el dolor lumbar crónico y otras afecciones.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Agencia de cuidados de salud en el hogar</b></p> <p>El plan cubre los servicios proporcionados por una agencia de cuidado de salud en el hogar, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana, con ciertas excepciones)</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• servicios sociales y médicos</li> <li>• transporte para recibir cuidado o servicios</li> <li>• equipos y suministros médicos</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Bombas para los senos</b></p> <p>El plan cubre las bombas para los senos manuales, eléctricas y de grado hospitalario cuando sean médicamente necesarias y el proveedor que las solicite las considere apropiadas. Los miembros deben tener una receta médica y la bomba debe obtenerse de un proveedor de equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) contratado.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un monitor de glucosa en sangre</li> <li>○ tiras de prueba para la glucosa en sangre</li> <li>○ dispositivos para lancetas y lancetas</li> <li>○ preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores</li> </ul> </li> <li>• Para las personas con diabetes que tengan enfermedad de pie diabético grave, el plan cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas), ○</li> <li>○ zapatos profundos (incluyendo plantillas desprendibles que no son a medida)</li> </ul> <p>El plan también cubrirá la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.</p> </li> <li>• En algunos casos, el plan cubre la capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes.</li> </ul> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, como medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas, lancetas, soluciones para el control de la</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa, excepto para los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM).</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes (continuación)</b></p> <p>glucosa y los sistemas de monitoreo continuo de la glucosa (CGM por sus siglas en inglés) están cubiertos por el beneficio médico del plan en las farmacias minoristas o de venta por correo participantes. Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiras reactivas OneTouch</li> <li>• Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)</li> <li>• Los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés).</li> </ul>	
<p><b>Cirugía como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan cubre la cirugía como paciente ambulatorio y los servicios en centros para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria.</p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</b></p> <p>El plan cubre orientación para dejar el tabaco, como un servicio preventivo.</p> <p>Los miembros de Tufts Health One Care también pueden obtener medicamentos y consejos para dejar de fumar del Programa de Prevención y Control del Tabaco de Massachusetts (MTCP, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre dejar de fumar, consulte a su proveedor primario de cuidados médicos.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Consulta de bienestar</b></p> <p>El plan cubre controles de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)</b></p> <p>El plan cubre consultas con su proveedor de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablarle sobre el uso de la aspirina,</li> <li>• revisar su presión arterial (de la sangre), o</li> <li>• darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Cuidado colectivo temporario para adultos</b></p> <p>El plan cubre los servicios de proveedores de cuidado colectivo temporario de adultos para los miembros que sean elegibles. Estos servicios se ofrecen en un entorno residencial grupal y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal</li> <li>• supervisión</li> <li>• supervisión de enfermería</li> <li>• administración de casos</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Cuidado de la vista</b></p> <p>El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exámenes integrales de la vista</li> <li>• entrenamiento de la vista</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto y otro tipo de ayudas visuales</li> </ul> <p>Los miembros deben recibir los servicios de los proveedores de la red de proveedores de EyeMed.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios de cuidados de la visión no rutinarios.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Cuidado de la vista (continuación)</b></p> <p>Los miembros tienen cubiertos anteojos o lentes de contacto una vez cada dos años. Ofrecemos una asignación de \$80 para marcos. Ofrecemos una asignación de \$80 para lentes de contacto tradicionales o de \$100 para lentes de contacto descartables. Los miembros acceden a descuentos en anteojos y lentes de contacto sobre el monto de la asignación mediante la Red EyeMed.</p> <p>El plan cubrirá servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>El plan cubre exámenes para detectar el glaucoma para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma.</p> <p>El plan cubre anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular.</p>	
<p><b>Cuidado de salud del comportamiento como paciente hospitalizado</b></p> <p>Servicios como paciente hospitalizado, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de salud mental como paciente hospitalizado para evaluar y tratar una enfermedad psiquiátrica aguda</li> <li>• servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente hospitalizado</li> <li>• camas de observación/retención</li> <li>• servicios de día administrativamente necesarios</li> </ul> <p>En este plan, no hay límite de por vida con respecto a la cantidad de días que un miembro puede estar en una institución de cuidado de la salud del comportamiento como paciente hospitalizado.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para el ingreso urgente.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>El plan cubre servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario</li> <li>• comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>• servicios de enfermería</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidado, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea</li> <li>• sangre, incluyendo almacenamiento y administración <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan pagará la sangre entera y los glóbulos rojos empacados.</li> <li>○ El plan pagará todos los demás componentes de la sangre, comenzando por la primera unidad que se utilice.</li> </ul> </li> <li>• suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• exámenes de laboratorio proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• servicios de un médico o proveedor</li> </ul> <p>Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede recibir cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Requiera autorización previa.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería)</li> <li>• un centro de enfermería donde viva su cónyuge o su pareja de hecho al momento de abandonar el hospital</li> </ul>	
<p><b>Cuidado necesario de urgencia</b></p> <p>El cuidado necesario de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una situación que no es de emergencia (no incluye servicios de cuidado primario de rutina)</li> <li>• una enfermedad inesperada</li> <li>• una lesión</li> <li>• una enfermedad que requiere cuidado inmediato</li> </ul> <p>Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red, ya sea porque el momento, el lugar o las circunstancias no lo permiten o porque no es razonable hacerlo, (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan o si necesita atención médica inmediata debido a una afección no diagnosticada pero que no presupone una emergencia médica).</p> <p>En situaciones urgentes, llame a su PCP o proveedor de salud conductual. Puede llamar a los consultorios de cualquiera de sus proveedores 24 horas al día, siete días a la semana. El proveedor debe atenderlo en un plazo de 48 horas en el caso de las citas de atención de urgencia.</p> <p>Siempre puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al 1-833-904-2273 para obtener ayuda a la hora de buscar los servicios que necesita. Cityblock ofrece atención de urgencia por teléfono o a domicilio en este número. Los proveedores pueden revisar su historia médica, responder a sus preocupaciones médicas o de salud y proveer opciones para la</p>	<p><i>No se requiere autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p>atención fuera del horario de atención habitual o las visitas a la sala de emergencias.</p> <p>Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	
<p><b>Cuidados en hospicio</b></p> <p>Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos para tratar los síntomas y el dolor</li> <li>• cuidados de respiro a corto plazo</li> <li>• cuidados de salud en el hogar</li> </ul> <p>Si usted decide recibir su cuidado de hospicio en un centro de enfermería, Tufts Health One Care cubrirá el costo de habitación y alimentos.</p> <p><b>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare son facturados a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por Tufts Health One Care que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tufts Health One Care cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Requiera autorización previa.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Cuidados en hospicio (continuación)</b></p> <p><b>Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Tufts Health One Care:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si usted necesita cuidado de hospicio o que no sea de hospicio, debería llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir estos servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</li> </ul>	
<p><b>Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado</b></p> <p>El plan cubre las estadías como paciente hospitalizado médicamente necesarias. Usted deberá obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté bajo control.</p> <p>El plan cubre servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>• servicios de enfermería regulares</li> <li>• costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario</li> <li>• medicamentos</li> <li>• análisis de laboratorio</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Requiera autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministros médicos y quirúrgicos</li> <li>• aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• servicios de sala de operaciones y de recuperación</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente hospitalizado</li> <li>• sangre, incluyendo almacenamiento y administración <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan cubre sangre entera, glóbulos rojos empacados y todos los otros componentes de la sangre.</li> </ul> </li> <li>• servicios médicos</li> <li>• trasplantes, incluyendo los de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinales o multiviscerales. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si Tufts Health One Care proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.</li> </ul>	



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Cuidados médicos de emergencia</b></p> <p>“Cuidado de emergencia” significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>• necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una “emergencia médica” es una afección médica que cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría determinar que es lo suficientemente grave como para causar lo siguiente, si no se recibe atención médica de inmediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riesgos graves para su salud o la del feto; <b>o</b></li> <li>• daños graves a las funciones corporales; <b>o</b></li> <li>• disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; <b>o</b></li> <li>• en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes del parto; <b>o</b></li> <li>○ el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.</li> </ul> </li> </ul> <p>La atención de emergencia está cubierta para los servicios de emergencia de la salud médica y conductual (salud mental y/o uso de sustancias) como internado o paciente externo, provistos dentro de EE. UU. y sus territorios</p>	<p><i>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después de que su emergencia se estabilice, necesitará obtener la autorización previa para recibir servicios fuera de la red para que continúe el pago de su atención.</i></p>
<p><b>Cuidados para la autodeterminación del género</b></p> <p>La disforia de género describe la insatisfacción de una persona con el sexo biológico o el género asignado al nacer.</p> <p>El plan cubre el tratamiento para la disforia de género, incluyendo los servicios de reasignación de sexo. Los servicios de cuidados para la autodeterminación del género incluyen lo siguiente: terapia hormonal, mastectomía, aumento de senos, depilación, cirugía de cuerdas vocales, terapia del habla, histerectomía, salpingectomía, ovariectomía o cirugía reconstructiva genital.</p>	<p><i>Requiere autorización previa</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Dispositivos prostéticos y ortóticos y suministros relacionados</b></p> <p>Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prueba, adecuación o capacitación en el uso de los dispositivos prostéticos y ortóticos</li> <li>• bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía</li> <li>• marcapasos</li> <li>• aparatos ortopédicos</li> <li>• zapatos prostéticos</li> <li>• brazos y piernas artificiales</li> <li>• prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)</li> </ul> <p>Además, el plan cubre algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y ortóticos. También cubre la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos y ortóticos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección.</p>	<p><i>Requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Enfermería independiente</b></p> <p>El plan cubre el cuidado de un enfermero en su hogar. El enfermero puede trabajar para una agencia de cuidado de salud en el hogar o puede ser un enfermero independiente. Nota: También llamada Enfermería especializada continua.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Equipo de oxígeno y terapia respiratoria</b></p> <p>El plan cubre servicios como sistemas de oxígeno, suministros y alquiler de equipos para terapia de oxígeno.</p>	<p><i>Requiera autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Equipo médico duradero (DME), incluyendo suministros, repuestos, capacitación, modificaciones y reparaciones</b></p> <p>(Para leer una definición de “Equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, Sección M de este manual).</p> <p>Los siguientes artículos son ejemplos de DME cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sillas de ruedas</li> <li>• muletas</li> <li>• sistemas de camas eléctricas</li> <li>• suministros para diabéticos</li> <li>• camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar</li> <li>• bombas para infusión intravenosa (i.v.)</li> <li>• dispositivos de generación de voz</li> <li>• equipos y suministros de oxígeno</li> <li>• nebulizadores</li> <li>• andadores</li> </ul> <p>Otros artículos de DME pueden estar cubiertos, incluyendo ayudas ambientales o tecnología de asistencia o adaptación. El plan también puede cubrir la enseñanza para usar, modificar o reparar su artículo de DME. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si esos otros artículos de DME y servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado (ICP).</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario que Medicare y MassHealth generalmente pagan para usted. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted les puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted. Para buscar un proveedor de DME, vea a nuestro <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>.</p>	<p><i>La autorización previa podría ser un requisito para algunos DME.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Examen de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>El plan cubre una sola ecografía de detección para las personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan cubre servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías</li> <li>• terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo los materiales y suministros que usan los técnicos</li> <li>• suministros quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones</li> <li>• análisis de laboratorio</li> <li>• sangre. El plan pagará el almacenamiento y la administración</li> <li>• otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio</li> </ul>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso</b></p> <p>El plan cubre asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Usted deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Exámenes exploratorios para detectar cáncer de próstata</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, una vez cada 12 meses, para hombres de 50 años en adelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de tacto rectal</li> <li>• una prueba de antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Exámenes para controlar la diabetes</b></p> <p>El plan cubre exámenes de detección de la diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayuno).</p> <p>Usted podría cumplir con los requisitos para recibir hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses, posteriores a su examen más reciente.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Exámenes para detectar cáncer colorrectal</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad y la cobertura es de una cada 120 meses (10 años) para pacientes de bajo riesgo, o 48 meses luego de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y uno cada 24 meses para pacientes de alto riesgo, luego de una colonoscopia o enema de bario.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una cada 120 meses para pacientes que no son de alto riesgo y que ya se han realizado una colonoscopia. Una cada 48 meses para pacientes de alto riesgo, contando a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses, para pacientes mayores de 45 años.</li> <li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en el ADN cada 3 años, para pacientes de 45 a 85 años de bajo riesgo.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Exámenes para detectar cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas sanguíneas de marcadores tumorales para pacientes de 45 a 85 años que no son de alto riesgo. Una cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo, 24 meses posteriores al último examen de enema de bario o colonoscopia.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de bajo riesgo a partir de los 45 años. Uno al menos a los 48 meses posteriores al último examen de enema de bario o sigmoidoscopia flexible.</li> </ul> <p>Las pruebas de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento luego de realizarse una prueba no invasiva de materia fecal con resultado positivo, cubierta por Medicare.</p>	
<p><b>Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>El plan cubre mamografías y exámenes de mamas.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina</b></p> <p>El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Exámenes para detectar la depresión</b></p> <p>El plan cubre exámenes de detección de la depresión. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento complementario y referidos.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</b></p> <p>El plan cubre análisis de sangre una vez para detectar enfermedades cardiovasculares. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red</i></p>
<p><b>Exámenes y consejería para el abuso de alcohol</b></p> <p>El plan cubre exámenes por el consumo excesivo de alcohol. Si el resultado de su examen de consumo excesivo de alcohol es positivo, el plan cubre sesiones de orientación con un proveedor de cuidado primario calificado o un profesional en un lugar de cuidados primarios.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Medicamentos como paciente ambulatorio</b></p> <p>Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por los medicamentos.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa para ciertos medicamentos.</i></p>
<p><b>Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Tufts Health One Care cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Puede ser necesaria una autorización previa para determinados medicamentos o sustancias biológicas</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• insulina suministrada mediante equipamiento médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• medicamentos que usa con un DME (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan</li> <li>• el medicamento para el Alzheimer, Leqembi (genérico lecanemab), administrado en forma intravenosa (IV)</li> <li>• factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia</li> <li>• medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre los medicamentos para la terapia de medicamentos para un trasplante en caso de que Medicare haya pagado por su trasplante de órgano. Debe contar con la Parte A al momento del trasplante cubierto y con la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no lo hiciera, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano</li> <li>• medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted se tiene que quedar en su casa, tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo</li> <li>• algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona capacitada de manera correspondiente (que puede ser usted mismo, el paciente) los aplica bajo la supervisión adecuada</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que puede tomar por boca si la misma droga está disponible en forma inyectable, o si es un profármaco (un formato oral del medicamento que, al ser ingerido, se disuelve y sale el mismo compuesto activo que se encuentra en la versión inyectable del medicamento.) La Parte B de Medicare puede cubrir los medicamentos orales contra el cáncer a medida que vayan saliendo al mercado. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará</li> <li>• medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que usted puede usar como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si son administrados antes o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si son usados como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas</li> <li>• ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y si el beneficio de la Parte B para ESRD lo cubre</li> <li>• medicamentos calcimiméticos conforme al sistema de pago por ESRD, que incluye el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar</li> <li>• ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos locales</li> <li>• agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la inyección de eritropoyetina si tiene ESRD o si necesita de este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Retacrit®)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li> <li>• nutrición enteral y parenteral (alimentación por vía intravenosa y por sonda)</li> </ul> <p>Busque “Medicare Part B Step Therapy” en el siguiente enlace para encontrar una lista de medicamentos que pudieran estar sujetos a terapia escalonada:  <a href="https://www.point32health.org/provider/medical-benefit-drug-medical-necessity-guidelines">https://www.point32health.org/provider/medical-benefit-drug-medical-necessity-guidelines</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p><b>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio.</b> También explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas.</p> <p><b>El Capítulo 6 explica su parte del costo por los medicamentos que usted recibe como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</b></p>	
<p><b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>El plan paga ciertos procedimientos para aquellos miembros que cumplen con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir osteoporosis).</p> <p>Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. El plan también cubrirá un médico para que estudie y comente los resultados.</p>	<p><i>Se requiere la autorización previa para miembros menores de 50 años o miembros cuya frecuencia en los análisis excede un análisis cada dos años o con más frecuencia si es médicamente necesario.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará por servicios del programa prevención de diabetes de Medicare (MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambio de alimentación a largo plazo, y</li> <li>• aumento de la actividad física, y</li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Programa de servicios de transición de vida</b></p> <p>El plan cubre los servicios de un proveedor de servicios de transición de vida a los miembros elegibles. Estos servicios se proporcionan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de un asistente para cuidado personal</li> <li>• supervisión de enfermería en el lugar las 24 horas</li> <li>• alimentos</li> <li>• capacitadores de habilidades</li> <li>• asistencia con actividades prácticas de la vida diaria (p. ej.: lavandería, compras, limpieza)</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa</i></p>
<p><b>Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</b></p> <p>El plan cubre exámenes para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un proveedor de cuidado primario debe ordenar las pruebas.</p> <p>El plan también cubre sesiones personales de asesoría de alta intensidad sobre conducta. El plan cubre estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo, solamente si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Pruebas para detectar el cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años, <b>y</b></li> <li>• tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor especializado.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Pruebas para detectar el VIH</b></p> <p>El plan cubre exámenes exploratorios de VIH y pruebas exploratorias de VIH.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Servicios de aborto</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda cuidar de usted. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia en otras situaciones deber ser aprobados por el plan.</p> <p>En los casos que no sean emergencias, el plan podrá pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios de ambulancias de emergencia dentro o fuera de la red.</i></p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de ambulancia (continuación)</b></p> <p>para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Los servicios de ambulancias de emergencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Llame a Tufts Health One Care al 855-393-3154 o al coordinador de salud para solicitar servicios de ambulancia para situaciones que no son de emergencia a menos de 50 millas de la dirección de recogida.</p>	<p><i>a más de 50 millas de la dirección de recogida.</i></p>
<p><b>Servicios de audiólogo</b></p> <p>El plan cubre exámenes y evaluaciones de un audiólogo (especialista de oído).</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Servicios de auxiliar de salud en el hogar</b></p> <p>El plan cubre los servicios de un auxiliar de salud en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado u otro profesional, para los miembros que sean elegibles. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios de vendajes sencillos</li> <li>• asistencia con medicamentos</li> <li>• actividades para apoyar terapias especializadas</li> <li>• cuidados de rutina de dispositivos ortopédicos y prostéticos</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de cuidado temporario para adultos</b></p> <p>El plan cubre los servicios de proveedores de cuidado temporario de adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal</li> <li>• supervisión</li> <li>• supervisión de enfermería</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa</i></p>
<p><b>Servicios de habilitación de día</b></p> <p>El plan cubre un programa de servicios que ofrecen los proveedores de habilitación de día si usted es elegible porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted elabora un plan de servicio que incluye sus metas y objetivos, y las actividades para alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de enfermería y supervisión del cuidado de salud</li> <li>• capacitación en habilidades del desarrollo</li> <li>• servicios de terapia</li> <li>• habilidades para la vida/capacitación en la vida diaria para adultos</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa</i></p>



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Servicios de hospital como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>El plan cubre servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”.</li> <li>○ Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”.</li> <li>○ Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: <a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></li> </ul> </li> <li>• análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>• cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• suministros médicos, como entablillados y yesos</li> <li>• exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios</li> <li>• algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Nota: Consulte también "Cirugía ambulatoria".</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarias en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ consultorios</li> <li>○ centro de cirugía ambulatoria certificado</li> <li>○ departamentos de pacientes ambulatorios en un hospital</li> </ul> </li> <li>• consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li> <li>• exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su proveedor, si su médico lo ordena para averiguar si usted necesita tratamiento</li> <li>• ciertos servicios de telesalud, incluso para visitas médicas, de salud conductual, de salud auxiliar y de atención médica a domicilio, cuando sean clínicamente apropiados y no requieran evaluación o tratamiento en persona. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. Puede comunicarse con un proveedor de Telehealth por teléfono o videollamada. Hable con el proveedor para comprender los tipos específicos de opciones de Telehealth disponibles.</li> </ul> </li> <li>• servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus</li> <li>• servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso</li> <li>• servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted tiene una visita presencial dentro de los seis meses anteriores a su primera visita de telesalud</li> <li>○ usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li> <li>○ en determinadas circunstancias, se podrán hacer excepciones con respecto a lo anterior</li> </ul> </li> <li>• servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados a nivel Federal</li> <li>• visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted no sea un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores <b>y</b></li> <li>○ la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● evaluación del video y/o las imágenes enviadas a su doctor, así como su interpretación y seguimiento por parte de su doctor en las 24 horas siguientes, siempre que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted no sea un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible.</li> </ul> </li> <li>● consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historial clínico electrónico si no es un nuevo paciente</li> <li>● segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía</li> <li>● Cuidado dental que no sea rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas</li> <li>○ reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales</li> <li>○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, <b>o</b></li> <li>○ servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico</li> </ul> </li> </ul>	



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de médicos, enfermeros de práctica avanzada y enfermeros parteros</b></p> <p>El plan cubre los servicios de médicos, enfermeros de práctica avanzada y enfermeros parteros. Esto incluye, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas de cuidado primario y especialistas</li> <li>• ginecología, obstetricia y cuidado prenatal</li> <li>• capacitación en control personal de la diabetes</li> <li>• terapia de nutrición médica</li> <li>• servicios para dejar el tabaco</li> </ul>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios.</i></p>
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>Usted puede elegir cualquier proveedor, dentro o fuera de la red, de Tufts Health One Care o un proveedor de MassHealth para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa que usted puede elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen y tratamiento médico de planificación familiar</li> <li>• exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar</li> <li>• métodos de planificación familiar (píldoras, parches, anillo, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad)</li> <li>• suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o barrera uterina)</li> <li>• orientación y diagnóstico sobre infertilidad</li> <li>• orientación y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH</li> <li>• tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios de planificación familiar proporcionados por un proveedor de la red o de MassHealth. Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de planificación familiar (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días)</li> <li>asesoramiento sobre genética</li> </ul> <p>El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá consultar a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada)</li> <li>tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH</li> <li>pruebas genéticas</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos)</li> <li>cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de programa de tratamiento con opiáceos (OTP)</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exámenes y evaluaciones iniciales</li> <li>• evaluaciones periódicas</li> <li>• medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos</li> <li>• asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias</li> <li>• terapia individual y grupal</li> <li>• pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)</li> </ul> <p>Note: Servicios OTP también conocidos como Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT por sus siglas en inglés).</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red. Es posible que se requiera autorización previa para ciertos medicamentos.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</b></p> <p>El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y orientación. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con una orden de un médico.</p> <p>El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca estándar.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.</p> <p>Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en un hospital, con terapeutas independientes, en Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y en otras instituciones.</p>	<p><i>Requiere autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Servicios de salud de día para adultos</b></p> <p>El plan cubre servicios de proveedores de salud de día para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de enfermería y de supervisión de salud</li> <li>• terapia</li> <li>• asistencia con actividades de la vida diaria</li> <li>• servicios de nutrición y dieta</li> <li>• servicios de orientación</li> <li>• actividades</li> <li>• administración de casos</li> <li>• transporte</li> </ul>	<p><i>Requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de salud del comportamiento como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan cubre los servicios de salud del comportamiento proporcionados por los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un psiquiatra o médico con licencia del estado,</li> <li>• un psicólogo clínico,</li> <li>• un trabajador social clínico,</li> <li>• un especialista en enfermería clínica,</li> <li>• un acompañante profesional certificado (LPC),</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Servicios de salud del comportamiento como paciente ambulatorio (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un terapeuta de pareja y familia certificado (LMFT),</li> <li>• un enfermero de práctica avanzada (NP),</li> <li>• un asistente médico, o</li> <li>• cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado.</li> </ul> <p>El plan cubre servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamiento individual, de grupo y de pareja o familia</li> <li>• visita para la administración de medicamentos</li> <li>• evaluación de diagnóstico</li> <li>• consulta familiar</li> <li>• consulta de caso</li> <li>• consulta psiquiátrica en una unidad médica de pacientes hospitalizados</li> <li>• visita puente de paciente hospitalizado-paciente ambulatorio</li> <li>• tratamiento de acupuntura</li> <li>• terapia de reemplazo de opioides</li> <li>• desintoxicación ambulatoria (nivel II.d)</li> <li>• pruebas psicológicas</li> <li>• Terapia dialéctica-conductual (DBT por sus siglas en inglés)</li> </ul> <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.</p>	



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de un asistente para cuidado personal</b></p> <p>El plan cubre servicios de un asistente para cuidado personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria y actividades prácticas de la vida diaria si usted es elegible. Esto incluye, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bañarse</li> <li>• preparación y consumo de alimentos</li> <li>• vestirse y arreglarse</li> <li>• administración de medicamentos</li> <li>• desplazamiento de un lugar a otro</li> <li>• aseo personal</li> <li>• transferencias</li> <li>• lavandería</li> <li>• servicios de limpieza del hogar</li> </ul> <p>Estos servicios incluyen Servicios de Asistencia Personal, tales como los recordatorios y el monitoreo.</p> <p>Usted mismo puede contratar un trabajador o usar una agencia para que contrate uno por usted.</p> <p>Un trabajador puede ayudarlo con las tareas manuales. El plan también puede pagar un trabajador para que lo ayude, incluso si usted no necesita ayuda manual. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y estará en su Plan de cuidado individualizado (ICP).</p>	<p><i>Requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de un centro de salud comunitario</b></p> <p>El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas a un proveedor de cuidado primario y especialistas</li> <li>• ginecología, obstetricia y cuidado prenatal</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de un centro de salud comunitario (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios pediátricos, incluyendo el programa de Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)</li> <li>• educación de salud</li> <li>• servicios sociales médicos</li> <li>• servicios de nutrición, incluyendo capacitación en control personal de la diabetes y terapia de nutrición médica</li> <li>• servicios para dejar el tabaco</li> <li>• vacunas que no están cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH)</li> </ul>	
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>El plan cubre cuidado de salud dental preventivo, de restauración y de emergencia.</p> <p>Pagaremos los servicios de odontología cuando estos sean una parte integral del tratamiento específico para una afección médica primaria del beneficiario. Por ejemplo, la reconstrucción de la mandíbula luego de una fractura o daño de esta, la extracción de piezas dentales como preparación para un tratamiento de quimioterapia que involucre a la mandíbula, o exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>El miembro debe utilizar un proveedor de la red DentaQuest para los servicios dentales. La cobertura adicional depende de la necesidad médica. Se aplican limitaciones de beneficios para ciertos servicios dentales.</p> <p><u>Servicios preventivos y de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos como limpiezas</li> <li>• Exámenes de rutina</li> <li>• Radiografías</li> </ul> <p>Las limpiezas preventivas y las evaluaciones bucales periódicas están cubiertas dos veces por año calendario. Las radiografías de</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos que no sean los que se enumeran a continuación.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios enumerados y para servicios adicionales. Los servicios que requieren autorización deben ser enviados directamente por su proveedor dental de la red a DentaQuest, nuestro administrador</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <p>boca completa están cubiertas una vez cada tres años calendario; las radiografías de aleta de mordida están cubiertas una vez por año calendario; y las radiografías panorámicas están cubiertas una vez cada tres años.</p> <p><u>Restauración:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empastes</li> <li>• Coronas</li> <li>• Reparación de corona</li> <li>• Terapia endodóntica (tratamiento de conductos)</li> </ul> <p><u>Periodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raspado y alisado radicular</li> <li>• Gingivectomía y gingivoplastia (cirugías de tejido gingival)</li> </ul> <p><u>Prostodoncia (removible):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentaduras postizas completas</li> <li>• Dentaduras postizas parciales</li> <li>• Rebasados y ajustes de prótesis completas dentures</li> </ul> <p>Los servicios de dentaduras postizas están cubiertos una vez cada siete años calendario.</p> <p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones (eliminación de dientes)</li> <li>• Biopsia y cirugía de tejidos blandos</li> <li>• Alveoplastia</li> <li>• Injertos óseos*</li> </ul>	<p><i>de beneficios dentales, para su revisión.</i></p> <p><u>Estos servicios están cubiertos sin autorización previa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina y radiografías</li> <li>• Servicios preventivos, incluidas las limpiezas</li> <li>• Empastes de restauración</li> <li>• Dentaduras postizas completas y rebasado</li> <li>• Extracciones no quirúrgicas</li> <li>• Atención de emergencia</li> </ul> <p>Las limpiezas preventivas y las evaluaciones</p>
<p><b>Servicios ortopédicos</b></p> <p>El plan cubre férulas y otros dispositivos mecánicos o moldeados (no odontológicos) para apoyar o corregir la forma o función del cuerpo humano.</p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b></p> <p>Cuando sea médicamente necesario, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios clínicos y de tratamiento diurno — es posible que se requiera autorización previa dentro de la red</li> </ul> <p>Los siguientes servicios de abuso de sustancias también están cubiertos si son médicamente necesarios, con las limitaciones indicadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Intensivo para Pacientes Externos (IOP por sus siglas en inglés)</li> <li>• Programa Estructurado de Adicciones para Pacientes Externos (SOAP por sus siglas en inglés)</li> <li>• Asesor de recuperación entre pares</li> <li>• Asesor de apoyo para la recuperación</li> <li>• Tratamiento con acupuntura</li> <li>• Terapia de reemplazo con opiatos (OTP) Nota: también conocidos como Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</li> <li>• Desintoxicación ambulatoria (nivel II-d)</li> </ul> <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telehealth. Puede comunicarse con un proveedor de Telehealth por teléfono o videollamada. Hable con el proveedor para comprender los tipos específicos de opciones de Telehealth disponibles.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios para la audición, incluyendo audífonos</b></p> <p>El plan cubre pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando se la manda un médico, un audiólogo u otro proveedor especializado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministro de audífonos, baterías y accesorios</li> <li>• enseñanza para el uso, cuidado y manejo de audífonos</li> <li>• moldes del canal auditivo</li> <li>• impresiones del canal auditivo</li> <li>• préstamo de audífonos, cuando sea necesario</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir alineación, consultas y servicios de radiología.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (de riñón)</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted debe estar en la etapa IV de una insuficiencia renal crónica y su médico deberá aprobarlo.</li> <li>○ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal.</li> </ul> </li> <li>• tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluidos tratamientos de diálisis cuando usted se encuentre</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (de riñón) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de servicios de diálisis no esté disponible o accesible temporalmente.</li> <li>• tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial</li> <li>• entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis</li> <li>• equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar</li> <li>• ciertos servicios de respaldo en el hogar, como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua</li> </ul>	
<p><b>Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (de riñón) (continuación)</b></p> <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. <b>Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba.</b></p>	



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</b></p> <p>El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET</li> <li>• 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario</li> </ul> <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación)</li> <li>• en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico</li> <li>• proporcionado por personal especializado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD</li> <li>• bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea (bajo la piel) en su domicilio. Para poder administrar la terapia de infusión en el hogar se necesitan los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el medicamento o la sustancia biológica como, por ejemplo, un antiviral o una inmunoglobulina;</li> <li>• equipos como, por ejemplo, una bomba de infusión; <b>y</b></li> <li>• accesorios como, por ejemplo, tubos o un catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá, entre otros, los siguientes servicios de infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestarán de conformidad con su plan de cuidados;</li> <li>• formación y educación del miembro todavía no incluidas en el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME);</li> <li>• telemonitoreo; <b>y</b></li> <li>• servicios de monitoreo de la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de servicios de terapia de infusión en el hogar.</li> </ul>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa para ciertos medicamentos o sustancias biológicas.</i></p>
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>El plan cubre terapia de nutrición diagnóstica y servicios de asesoría para ayudarlo a controlar una enfermedad (como una enfermedad renal).</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



<b>Servicios generales cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia</b></p> <p>El plan cubre el transporte que necesite por motivos médicos que no sean emergencias.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de transporte médico que no sean de emergencia a más de 50 millas del lugar de recogida.</i></p>
<p><b>Vacunas (inmunizaciones)</b></p> <p>El plan cubre ciertas vacunas, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas contra la neumonía</li> <li>• vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias</li> <li>• vacunas contra la hepatitis B, si existe un riesgo elevado o intermedio de que pueda contraer hepatitis B</li> <li>• vacuna contra la COVID-19</li> <li>• otras vacunas si existe un riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> <li>• otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de MassHealth o la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



Servicios generales cubiertos por nuestro plan	Requisitos de autorización previa
<p><b>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubrirá una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de su salud,</li> <li>• educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), y</li> <li>• referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>



Nuestro plan también cubre servicios con base en la comunidad para promover el bienestar, la recuperación, el control personal de enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarlo a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado (ICP).

<b>Servicios de cuidado de salud del comportamiento basados en la comunidad (de desvío) cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Estos servicios incluyen lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de monitoreo médico intensivo: servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos de consumo de sustancias</li> <li>• servicios residenciales de rehabilitación administrada clínicamente específica a la población y de alta intensidad* (consulte la Nota más abajo)</li> <li>• Servicios de estabilización clínica para trastornos de consumo de sustancias</li> <li>• Estabilización de crisis en la comunidad</li> <li>• Programa de apoyo comunitario (CSP), incluyendo CSP para personas sin hogar, CSP para casos que involucran a la justicia, y CSP para el Programa de Preservación de Tenencia*</li> <li>• Unidad móvil de intervención en casos de crisis para adultos (anteriormente Programa de servicios de emergencia (ESP))</li> </ul> <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Puede comunicarse con un proveedor de Telehealth por teléfono o videollamada. Hable con el proveedor para comprender los tipos específicos de opciones de Telehealth disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios residenciales optimizados de rehabilitación de dos pacientes, para trastornos de consumo de sustancias</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este servicio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



## Servicios de cuidado de salud del comportamiento basados en la comunidad (de desvío) cubiertos por nuestro plan

### (continuación)

- Servicios de hospitalización parcial (PHP)

La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, psicólogo especializado en terapia familiar y de pareja (LMFT) o asesor profesional con licencia. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.

- Servicio ambulatorio intensivo (IOP) y programas IOP

El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) proporcionado en forma ambulatoria en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud habilitado por el gobierno federal o una clínica rural, donde recibirá cuidados más intensivos que los proporcionados en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intensivos que los de una hospitalización parcial.

Un programa IOP brinda un tratamiento multidisciplinario de tiempo limitado, integral y coordinado, y está diseñado para mejorar el estado funcional, brindar estabilización en la comunidad, desviar una admisión para servicios para pacientes hospitalizados, o facilitar la reintegración rápida y estable en la comunidad luego del alta de un servicio ambulatorio.

- Programa de tratamiento comunitario afirmativo (PACT)
- tratamiento psiquiátrico de día
- entrenamiento de recuperación
- navegadores de apoyo de recuperación
- servicios de rehabilitación residencial



**Servicios de cuidado de salud del comportamiento basados en la comunidad (de desvío) cubiertos por nuestro plan****(continuación)**

- Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP)
- Programa mejorado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (E-SOAP)
- Servicios de apoyo transicional (TSS) para trastornos por consumo de sustancias

**Nota:** Es posible que los servicios TTS no estén disponibles al comienzo del año del plan durante su plan One Care. Si tiene alguna pregunta, contacte a su plan One Care



Nuestro plan también cubre servicios con base en la comunidad para promover el bienestar, la recuperación, el control personal de enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarlo a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado (ICP).

<b>Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Administración de medicamentos</b></p> <p>Si usted es elegible, el plan cubre los servicios de administración de medicamentos proporcionados por un trabajador de apoyo. El trabajador de apoyo lo ayudará a tomar sus medicamentos de receta y sus medicamentos de venta sin receta médica. El servicio puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recordarle que debe tomar su medicamento</li> <li>• revisar el paquete de medicamentos</li> <li>• observar que tome sus medicamentos</li> <li>• anotar cuándo debe tomar sus medicamentos</li> <li>• abrir los medicamentos y leerle las etiquetas</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Apoyo, orientación, asistencia de pares</b></p> <p>El plan cubre servicios de capacitación, instrucción y enseñanza, si usted es elegible. Estos servicios lo ayudarán a hablar por usted mismo y a participar en su comunidad. Puede obtener estos servicios de una persona en una situación parecida (pares) o en grupos pequeños.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Asistencia en transiciones de cuidado</b></p> <p>El plan paga los servicios para ayudar a los miembros elegibles con las transiciones entre los entornos de cuidado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coordinación de información entre sus proveedores</li> <li>• seguimiento después de su estadía como paciente hospitalizado o en una institución</li> <li>• educación sobre su enfermedad</li> <li>• referidos</li> </ul>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Cuidados de relevo</b></p> <p>El plan cubre servicios de cuidado de relevo si la persona que lo cuida necesita un descanso o no va a estar disponible por un tiempo corto. Estos servicios pueden proporcionarse como una emergencia o pueden programarse por adelantado. Si se programan por adelantado, los servicios podrían ser en su casa o durante una estancia a corto plazo en un centro de cuidado temporario para adultos, un centro de salud de día para adultos, un centro de enfermería, un centro de asistencia de vida, un hogar de descanso u hospital.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Modificaciones en el hogar</b></p> <p>El plan cubre modificaciones en el hogar, si es elegible. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad o permitirle mayor independencia en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rampas</li> <li>• barandas</li> <li>• ampliación de puertas</li> <li>• sistemas especiales para equipo médico</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Servicios de compañía</b></p> <p>Los servicios de compañía proveen ayuda a las personas sanas para que puedan permanecer en sus hogares. El plan cubre servicios relacionados con la socialización, ayuda para preparar refrigerios livianos, y con compras y trámites. Los acompañantes también pueden ir con el miembro a las citas médicas o a los centros de nutrición, o dar caminatas.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de cuidado en el hogar</b></p> <p>El plan cubre los servicios de atención domiciliaria proporcionados en el hogar o en la comunidad, si es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un trabajador que lo ayuda con las tareas del hogar</li> <li>• un trabajador que lo ayuda con sus tareas diarias y cuidado personal. La asistencia puede incluir la ayuda manual, las indicaciones la supervisión de estas tareas.</li> <li>• capacitación o actividades para mejorar sus habilidades para vivir en comunidad y ayudarlo a defenderse usted mismo</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de día</b></p> <p>El plan cubre actividades de día estructuradas en un programa, para ayudarlo a adquirir las habilidades que necesita para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las habilidades están diseñadas para satisfacer sus necesidades, y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habilidades de la vida diaria</li> <li>• capacitación de comunicación</li> <li>• habilidades prevocacionales</li> <li>• habilidades de socialización</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<b>Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan</b>	<b>Requisitos de autorización previa</b>
<p><b>Trabajadores de salud comunitarios</b></p> <p>El plan cubre los servicios de trabajadores de salud comunitarios, que pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• educación de salud en su hogar o en la comunidad</li> <li>• cómo obtener los servicios que necesita</li> <li>• orientación, respaldo y exámenes</li> </ul> <p>Los servicios de un trabajador de salud comunitario implican que usted recibirá ayuda de una persona que lo defenderá y que entiende su cultura, sus necesidades y sus preferencias.</p>	<p><i>No se requiere autorización previa para recibir servicios proporcionados por un proveedor de la red.</i></p>
<p><b>Transporte no médico</b></p> <p>El plan cubre el transporte a servicios comunitarios y actividades que lo ayuden a mantenerse independiente y activo en su comunidad, que incluye viajes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bancos de alimentos</li> <li>• tiendas de comestibles</li> <li>• farmacias</li> <li>• reuniones de recuperación</li> </ul> <p>El transporte no médico a otros lugares puede estar cubierto solo si se determina que es necesario para sus objetivos de salud, se enumera en su Plan de atención médica personalizado (ICP por sus siglas en inglés) y se aprueba con anticipación. Para obtener más información, póngase en contacto con su Coordinador de atención, al menos 48 horas antes del viaje..</p>	<p><i>No se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>Nota: Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia a más de 50 millas de la dirección de recogida. Consulte “Servicios de ambulancia” para obtener más información.</i></p>



---

## E. Beneficios cubiertos fuera de Tufts Health One Care

Los siguientes servicios no están cubiertos por Tufts Health One Care, pero están disponibles a través de Medicare, MassHealth o una agencia del estado.

### E1. Cuidados en hospicio

Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Para obtener más información sobre lo que Tufts Health One Care paga mientras usted reciba servicios de cuidados en un hospicio, consulte la Sección D de la Tabla de beneficios en este capítulo.

#### **Por servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, en relación con su enfermedad terminal:**

- El proveedor del hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

#### **Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin relación con su pronóstico médico terminal**

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

#### **Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Tufts Health One Care:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

**Nota:** Si usted necesita cuidado de hospicio o que no sea de hospicio, debería llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal.

### E2. Servicios cubiertos por los planes de pago por servicio de MassHealth

#### **Servicios de una doula**

Hay servicios de una doula disponibles para las miembros que están embarazadas. Los planes de pago por servicio de MassHealth cubren hasta 8 horas de servicios de una doula

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



para las miembros durante el período perinatal, que abarca el embarazo, el trabajo de parto y el parto, hasta 12 meses después del parto, e incluye todos los resultados del embarazo.

Para las miembros que necesiten más de 8 horas de servicios de una doula se requiere autorización previa.

Las doulas deben ser proveedoras contratadas de MassHealth.

### **E3. Servicios de la agencia del estado**

#### **Rehabilitación psicosocial y administración de casos dirigida**

Si usted recibe rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Mental o administración de casos dirigida de Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios del Desarrollo, la agencia estatal seguirá proporcionándole los servicios de forma directa. No obstante, Tufts Health One Care lo ayudará a coordinar los servicios de estos proveedores, como parte de su Plan de cuidado individualizado (ICP) total.

#### **Habitación y alimentos en un hogar de descanso**

Si usted vive en un hogar de reposo y se une a One Care, el Departamento de Asistencia de Transición seguirá siendo responsable de sus gastos de habitación y alimentos.

---

## **F. Beneficios que no están cubiertos por Tufts Health One Care, Medicare o MassHealth**

Esta sección le mostrará los beneficios que están excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y MassHealth tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ningún caso y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos detallados en esta sección (y en otras partes de este *Manual del miembro*) excepto según las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará esos servicios. Si cree que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, usted puede mandar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo .

Además de todas las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan.**

- Servicios que no son médicamente necesarios según las normas de Medicare y MassHealth.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están aceptados por la comunidad médica.

- Los honorarios cobrados por sus parientes inmediatos o miembros de su hogar, excepto en lo que se permita para asistencia para cuidado personal o cuidado temporario para adultos.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte malformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de visión.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos no prescritos.
- Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).



## Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan

---

### Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio. Son medicamentos que su proveedor solicita por usted y que consigue a través de una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tufts Health One Care también cubre los siguientes medicamentos, pero estos **no** se explicarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

### Reglas del plan para la cobertura de medicamentos de pacientes ambulatorios

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección:

1. Un médico u otro proveedor debe hacerle una receta, que debe ser válida conforme a las leyes estatales vigentes. Muchas veces, esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP lo refirió a ese proveedor para recibir cuidados.
2. El profesional que haga la receta no debe constar en las Listas de Exclusión o de No Admitidos de Medicare.
3. Generalmente, para surtir su receta, usted deberá usar una farmacia de la red.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



4. En general, su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan, a la que llamamos “*Lista de medicamentos*”, para abreviar. (Consulte la sección B de este capítulo).
  - Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9 para saber cómo pedir una excepción.
5. Su medicamento debe ser usado para una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinados textos médicos.
6. Su medicamento puede requerir aprobación antes de la cobertura. Consulte la Sección C.

## Tabla de contenidos

A. Surtido de recetas .....	110
A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red .....	110
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta .....	110
A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red .....	110
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red .....	110
A5. Uso de una farmacia especializada.....	111
A6. Uso de servicios de pedido por correo para surtir una receta.....	111
A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus recetas.....	113
A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan.....	113
A9. Devolución de lo que pagó por un medicamento.....	114
B. <i>Lista de medicamentos</i> del plan .....	115
B1. Medicamentos en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	115
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos .....	116
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	116
B4. Los niveles de la <i>Lista de medicamentos</i> .....	117



C. Límites en algunos medicamentos de receta.....	117
D. Razones por las cuales sus recetas podrían no estar cubiertas .....	119
D1. Obtención de un suministro temporal.....	119
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	122
F. Cobertura de medicamentos de receta en casos especiales .....	125
F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan.....	125
F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo .....	125
F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare .....	125
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos .....	126
G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura.....	126
G2. Programas que ayudan a los miembros a gestionar sus recetas .....	126
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides.....	127



---

## A. Surtido de recetas

### A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas solo si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Usted podrá concurrir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, usted puede:

- buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*
- ir a nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org
- comunicarse con Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.;
- comuníquese con el coordinador de salud llamando al 1-833-904-2273 (TTY: 1-800-720-3479), de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

### A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento de receta cubierto.

Si usted no tiene la tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria, o puede solicitar que la farmacia busque la información de su suscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria o si le piden que pague el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios al miembro. Haremos lo posible para ayudarlo.

### A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un nuevo surtido de una receta, puede solicitarle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún hay surtidos restantes.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

### A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que usa se retira de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red para que el plan siga pagando sus recetas.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org o comunicarse con Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



## A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se encuentran:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
  - su medicamento recetado es parte de nuestra Lista de Medicamentos o se ha otorgado una excepción a su receta
  - su medicamento recetado no está cubierto de otra manera por el beneficio médico de nuestro plan
  - nuestro plan ha aprobado su receta de terapia por infusión domiciliaria
  - su receta está escrita por un profesional autorizado
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
  - Generalmente, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de algún centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios al miembro.
- Farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos. Excepto en una emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Las farmacias que dispensan medicamentos de venta restringida por la FDA en determinados lugares o que requieren un modo de administración especial, la coordinación de un proveedor o formación acerca de su uso. (Nota: Esta situación no debería ser habitual).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

## A6. Uso de servicios de pedido por correo para surtir una receta

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



El servicio de pedidos por correo de nuestro plan permite que usted pida un suministro de por lo menos 30 días del medicamento y un suministro por no más de 90 días. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

### **Surtido de recetas por correo**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo visite nuestro sitio web en [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org) o llame a nuestros Servicios para miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en 15 días. Sin embargo, algunas veces se podría retrasar su pedido por correo. Si se retrasa su pedido, por favor llame a Servicios para miembros, siete días a semana, de 8 a.m. a 8 p.m., y nosotros le permitiremos comprar una cantidad parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

### **Procesos de pedidos por correo**

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que usted le proporcione, para las recetas nuevas que reciba directamente por parte del consultorio de su proveedor y para resurtidos de sus recetas por correo:

#### **1. Recetas nuevas que la farmacia de pedidos por correo recibe de usted**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que usted le proporcione.

#### **2. Recetas nuevas que la farmacia de pedidos por correo recibe directamente del consultorio de su proveedor**

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de salud, se comunicará con usted para averiguar si usted quiere que surtan la receta inmediatamente o más tarde.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que lo envíen.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

#### **3. Resurtido de recetas de pedido por correo**

Para resurtir sus recetas, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisarle a la farmacia cuál es la mejor forma de comunicarse con usted. Llame a atención al cliente de OptumRx Home Delivery gratis al 1-800-556-5569 (TTY: 711), 24/7 para indicar su número de teléfono preferido.

### **A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus recetas**

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo.

Para ciertos tipos de medicamentos, usted podrá usar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para saber más sobre los servicios de pedidos por correo.

### **A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan**

Usted deberá usar una farmacia de la red de Tufts Health One Care siempre que sea posible. Si le parece que no puede usar una farmacia de nuestra red, llame primero a Servicios al miembro.

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solo** cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- **Emergencias médicas** — Cubriremos las recetas que se compran en una farmacia que no pertenece a la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia necesaria. En esta situación, usted generalmente tendrá que pagar el costo completo cuando compra la receta.

Usted puede pedirnos que le reembolsemos el costo presentando su pedido por escrito, con los recibos de su receta a:

Prescription (Part D) Payment Requests  
OptumRx Claims Department  
P.O. Box 650287  
Dallas, TX 75265-0287

- **Cuando usted viaja o está lejos de la zona de servicio del plan** — Si usted toma un medicamento recetado en forma regular y está por viajar, tenga la seguridad de verificar la cantidad de medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve todo el medicamento que necesitará. Podría pedir sus medicamentos recetados antes de tiempo a través de nuestro servicio de farmacia por correo o a través de una farmacia minorista de la red.

Si viaja dentro de los EE.UU. pero fuera de nuestra zona de servicio y se enferma, o pierde o se le termina su medicamento recetado, cubriremos las recetas que se compran en una

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



farmacia fuera de la red si cumple todas las otras normas de cobertura identificadas dentro de este documento y una farmacia de la red no está disponible. En esta situación, usted generalmente tendrá que pagar el costo completo cuando compra la receta. Usted puede pedirnos que le reembolse el costo de farmacia mediante la presentación de los recibos a OptumRx. Para más información, consulte el Capítulo 7.

Antes de comprar sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios para miembros para determinar si existe una farmacia de la red en la zona donde se encuentra. Nuestra red de farmacias es nacional. Si no hay farmacias de la red en dicha zona, Servicios para miembros podría lograr que usted reciba sus recetas de una farmacia que no pertenece a la red.

- **Otras veces puede recibir su receta cubierta si visita una farmacia que no pertenece a la red** — Nosotros cubriremos su receta de una farmacia que no pertenece a la red si se aplica por lo menos una de las siguientes condiciones:
  - No puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro de nuestra zona de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable de manejo que ofrece un servicio las 24 horas.
  - Está tratando de surtir un medicamento cubierto que no se abastece de forma regular en una red que sea elegible en farmacias o por medio de pedidos por correo en farmacias. Estos medicamentos incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros medicamentos especializados.

Antes de comprar su receta en cualquiera de estas situaciones, llame a Servicios para miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. si hay una farmacia de la red en su zona donde puede comprar su receta.

Si visita una farmacia que no pertenece a la red por las razones listadas anteriormente, en general tendrá que pagar el costo total cuando compra su receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos el costo presentando su pedido por escrito, junto con los recibos de su receta. En estos casos, llame primero a Servicios al miembro para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

## **A9. Devolución de lo que pagó por un medicamento**

Si por algún otro motivo usa una farmacia fuera de la red, la farmacia puede pedirle que pague el costo total de su receta. Si esto pasa, llame primero a Servicios al miembro

Si usted paga el costo total cuando obtenga su receta, puede pedirnos que le devolvamos el pago.

Para saber más sobre esto, consulte el Capítulo 7.



---

## **B. Lista de medicamentos del plan**

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos*, a la que llamamos “*Lista de medicamentos*”, para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos para la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente cubrimos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* del plan, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

### **B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos***

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica cubiertos por sus beneficios de MassHealth.

La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento de receta que se vende con un nombre de marca propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la *Lista de Medicamentos*, cuando hablamos de “medicamentos” podemos estar haciendo referencia a un medicamento o a un producto biológico como, por ejemplo, una vacuna o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o productos biológicos y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos para poder sustituir muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes de cada estado, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia, sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Generalmente cubrimos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* del plan, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://www.TuftsHealthOneCare.org).



Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta sin receta médica y productos de venta sin receta médica. Algunos medicamentos de venta sin receta médica cuestan menos que los medicamentos de receta y funcionan igual. Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

## **B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos**

Para saber si el medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, usted puede:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo;
- Ir al sitio web del plan en TuftsHealthOneCare.org. La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actual.
- Llamar a Servicios al miembro y pedir una copia de la lista.

## **B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos**

El plan no cubre todos los medicamentos de receta. Algunos medicamentos no están en la *Lista de medicamentos* porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en la *Lista de medicamentos*.

Tufts Health One Care no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, puede apelar. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo ).

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de MassHealth), no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos de manera gratuita por Tufts Health One Care, pero no son considerados como parte de sus beneficios de medicamentos de receta como paciente ambulatorio.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por determinados textos médicos que lo aprueben como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa enfermedad. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que se recetan para usos no indicados en la etiqueta.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni MassHealth.

- medicamentos para promover la fertilidad
- medicamentos con fines estéticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra<sup>®</sup>, Cialis<sup>®</sup>, Levitra<sup>®</sup> y Caverject<sup>®</sup>
- medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos

#### **B4. Los niveles de la *Lista de medicamentos***

Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* del plan están en uno de 4 niveles. Cada nivel incluye un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta médica).

- Los medicamentos del nivel 1 tienen no copago. Son medicamentos vacunos.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen no copago. Son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 3 tienen no copago. Son medicamentos de mercados.
- Los medicamentos del nivel 4 tienen no copago más alto. Son medicamentos de venta.

Para saber en qué nivel está su medicamento, busque el medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan.

En el Capítulo 6 se indica cuánto pagará usted por los medicamentos de cada nivel.

---

### **C. Límites en algunos medicamentos de receta**

Hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan cubre ciertos medicamentos de receta. En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que le ayude con su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

**Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, usted debe pedirnos que hagamos una excepción. Después de una revisión, podríamos aceptar permitirle usar el medicamento sin los pasos adicionales.

Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9.

### **1. Límites para el uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales] si hay versiones genéricas o biosimilares intercambiables disponibles**

En general, un medicamento genérico o producto biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y suele costar menos. Casi siempre hay una versión genérica o producto biosimilar intercambiable de algún medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica o producto biosimilar intercambiable.

- Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o producto biológico original si hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos indicó las razones médicas por las cuales el medicamento genérico o producto biosimilar intercambiable no funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

### **2. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado**

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que haga la receta deben obtener una aprobación de Tufts Health One Care, según reglas específicas, antes de surtir su receta. A esto se le llama autorización previa (PA) o aprobación. Si no obtiene una PA, Tufts Health One Care podría no cubrir el medicamento.

### **3. Probar primero un medicamento diferente (terapia escalonada)**

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos más baratos (los cuales muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

### **4. Límites de cantidad**

Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos. Esto se llama "límite de cantidad". Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. o consulte nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org.

---

## D. Razones por las cuales sus recetas podrían no estar cubiertas

Tratamos de que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero, a veces, un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- **El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan.** Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- **El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales para la cobertura de ese medicamento.** Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted preferirá que ignoremos la regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.

### D1. Obtención de un suministro temporal

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporal de un medicamento, por ejemplo, si el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que cubra el medicamento.

Tufts Health One Care determina qué medicamentos son medicamentos de la Parte D. Podemos decidir que algunos medicamentos antiguos o medicamentos sin resultados probados clínicamente no cumplen las condiciones para aceptarse como medicamentos de la Parte D. Si está tomando un medicamento que Tufts Health One Care no considera como medicamento de la Parte D, usted tendrá derecho a obtener un suministro único del medicamento para 72 horas. Si la farmacia no puede cobrarle a Tufts Health One Care por este suministro único, MassHealth lo pagará. Esto es obligatorio según la ley de Massachusetts.

Además, es posible que usted pueda obtener un suministro temporal por más tiempo de un medicamento de la Parte D o de un medicamento que no sea de la Parte D que cubriría MassHealth. Para averiguar por cuánto tiempo Tufts Health One Care le dará un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas reglas:**

1. El medicamento que usted ha estado tomando:
  - ya no está incluido en la *Lista de medicamentos* del plan, o
  - nunca estuvo incluido en la *Lista de medicamentos* del plan, o
  - ahora tiene algún límite.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

**Para medicamentos de la Parte D de Medicare:**

- Usted estaba en el plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
  - Este suministro temporal será de 30 días como máximo.
  - Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento de receta en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios
- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento de la Parte D de Medicare **durante los primeros 90 días de su participación en el plan**.
  - Este suministro temporal será de 30 días como máximo.
  - Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento de receta en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en el plan más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
  - Cubriremos un suministro para 31 días de su medicamento de la Parte D de Medicare, o menos, si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal descrito arriba.



Nota: Nuestra política de transición solamente se aplica a dichos medicamentos que son parte de los medicamentos de la Parte D y comprados en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar medicamentos que no son de la Parte D o un medicamento en una farmacia que no pertenece a la red a menos que usted cumpla los requisitos del acceso fuera de la red.

#### Para medicamentos de MassHealth:

- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth por 90 días o hasta que su evaluación completa y su Plan de cuidado individualizado (ICP) estén terminados, o menos, si su receta es para menos días.
  - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

- Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que le ayude. Puede llamar a Servicios al miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

#### O

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción si cree que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

Si van a retirar o a limitar de alguna forma el medicamento que usted está tomando de la *Lista de medicamentos* al año siguiente, le permitiremos pedir una excepción antes del año siguiente.

- Le avisaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- Responderemos a su petición de una excepción a más tardar 72 horas después de recibir su petición (o el informe de su profesional autorizado).

Para saber más sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro.

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Tufts Health One Care podría agregar o retirar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año. También podríamos cambiar nuestras reglas sobre algunos medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir requerir o no requerir PA para algún medicamento. (La PA es el permiso de Tufts Health One Care antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos actual, **o**
- nos demos cuenta de que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



## ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para más información sobre qué ocurre cuando la *Lista de medicamentos* cambia, siempre puede:

- Visitar el sitio web de Tufts Health One Care en [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org) para ver la Lista de medicamentos actual o
- Llamar a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. para verificar la Lista de medicamentos actual.

## Cambios posibles en la *Lista de medicamentos* que podrían afectarlo durante el año del plan en curso

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* ocurren de inmediato. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca o el producto biológico original que existe en la *Lista de medicamentos* actual. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos también decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Para obtener más información sobre excepciones, consulte el Capítulo 9 de este manual.]
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o efectivo, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podríamos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de hacer el cambio. Comuníquese con el proveedor que emite la receta para analizar una alternativa.



**Es posible que hagamos otros cambios que pueden afectar a los medicamentos que usted toma.** Le informaremos por adelantado sobre estos cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando sucedan estos cambios:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la *Lista de medicamentos*, o
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, que pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted puede tomar en su lugar o
- Si debe pedir una excepción a estos cambios para continuar con la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que esté tomando. Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9.

### **Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectarán durante el año del plan en curso**

Podemos realizar cambios a los medicamentos que usted toma que no estén descritos en la sección anterior y que no afecten a los medicamentos que toma actualmente. Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **inicio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento durante el resto del año.

Si sucede alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (a excepción de los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año en curso. Usted deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible para el período de inscripción abierto) para saber si hay cambios que podrían afectarlo durante el siguiente año del plan.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



---

## F. Cobertura de medicamentos de receta en casos especiales

### F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan

Si lo internan en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

### F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si usted está viviendo en un centro de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia del centro si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Servicios al miembro.

### F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra el dolor, contra la náusea, laxante o contra la ansiedad) que no estén cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que le recetó los medicamentos o de su proveedor de hospicio de que los medicamentos no tienen relación con su enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlos.
- Para evitar retrasos en la recepción de cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que debería estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedirle a su proveedor de hospicio o a la persona que lo recetó que se asegure de darnos la notificación de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento.

Si usted abandona el hospicio, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio de Medicare, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted abandonó el hospicio. Para obtener más

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D, consulte las partes anteriores de este capítulo.

Para saber más sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4.

---

## **G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos**

### **G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura**

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento similar que funciona igual
- podrían no ser seguros para su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si vemos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de receta, trabajaremos con su proveedor para solucionarlo.

### **G2. Programas que ayudan a los miembros a gestionar sus recetas**

Si toma medicamentos para enfermedades diferentes o forma parte de un Programa de Gestión de Medicamentos para hacer un uso seguro de los medicamentos opioides, podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. En caso de ser elegible para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
- cómo tomar mejor sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga en relación con sus medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Usted recibirá un resumen de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma. Además, recibirá información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos de receta que llevan sustancias controladas.

Sería una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidado de salud. También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted no quiere estar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al miembro.

### **G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides**

Tufts Health One Care tiene un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos.

Si usa medicamentos de opioides que obtiene de varias personas que le recetan medicamentos o farmacias o si ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con la persona que le receta medicamentos para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con la persona que le receta medicamentos, decidimos que su uso de medicamentos opioides de receta o benzodiacepinas no es seguro, podríamos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una farmacia en concreto o de cierta persona que le receta medicamentos en concreto**
- **Limitar la cantidad** que cubriremos de esos medicamentos

Si creemos que se le deberían aplicar una o más de las limitaciones, le mandaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si le solicitaremos que las recetas de estos sean emitidas únicamente por un proveedor o farmacia específicos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



**Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que le recetan medicamentos o farmacias prefiere usar y de proporcionar cualquier información que crea que nosotros deberíamos conocer.** Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted responda, le mandaremos una carta que confirme dichas limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo con que existe un riesgo de que use el medicamento de receta indebidamente o no está de acuerdo con la limitación, usted y su profesional autorizado pueden solicitar una apelación. Si solicita una apelación, revisaremos su caso y le informaremos de nuestra decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una Entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener más información sobre cómo apelar y conocer más acerca de la IRE, consulte el Capítulo 9).

Es posible que el Programa de administración de medicamentos no lo afecte si usted:

- tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
- está recibiendo cuidados en un hospicio, cuidados paliativos o terminales, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.



## Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio

---

### Introducción

Este capítulo habla de lo que usted paga por sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

- medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por MassHealth, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted cumple con los requisitos para MassHealth, usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

**Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Para saber más sobre los medicamentos de receta que cubre Tufts Health One Care, usted puede buscar información en:

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
  - La llamamos “*Lista de medicamentos*”. Le dice:
    - los medicamentos que paga el plan;
    - en cuál de los cuatro niveles está el medicamento;
    - si hay algún límite para los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



TuftsHealthOneCare.org. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

- El Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
  - Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan, consulte el Capítulo 5.
  - Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el Capítulo 5.

## Tabla de contenidos

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB) de la Parte D .....	131
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos .....	132
C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes .....	133
C1. Los niveles del plan .....	133
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....	133
D. Vacunas .....	133
D1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna .....	134
D2. Lo que paga usted por una vacuna de la Parte D de Medicare .....	134



## A. La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted o un tercero paga en su nombre por sus medicamentos de receta. Esto incluye lo que usted paga cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, todos los medicamentos pagados por sus amigos y familiares, todos los pagos de medicamentos realizados por la “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Indian Health Service, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, programas de beneficencia y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs). Con Tufts Health One Care, usted no tiene que pagar nada por sus medicamentos de receta, siempre y cuando siga las reglas del Capítulo 5. Usted no tendrá ningún gasto directo de su bolsillo.
- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan y otros programas u organizaciones hayan pagado por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un breve informe llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que usted toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El breve informe dice qué medicamentos de receta de la Parte D recibió usted el mes anterior. Este muestra el total de los costos por medicamento de la Parte D, cuánto ha pagado el plan y cuánto han pagado usted y los terceros por sus medicamentos.
- **Información “de lo que va del año”**. Este es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos de este año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. Muestra el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde que se dispensó por primera vez.
- **Alternativas de menor costo**. En caso de que las haya, se harán constar debajo de los medicamentos que toma usted actualmente. Para obtener más información, hable con su profesional autorizado.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare.

- Los pagos por estos medicamentos no cuentan para el total de sus gastos directos de su bolsillo.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*.

---

## B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de los costos de medicamentos, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted nos puede ayudar de la siguiente manera:

### 1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte y cuánto paga por ellos.

### 2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos por los que haya pagado. Usted debe seguir siempre las reglas del Capítulo 5 para obtener medicamentos. Si sigue las reglas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Si alguna vez paga el costo completo de su medicamento, deberá guardar el recibo y puede pedirnos que le paguemos su medicamento.

Estas son algunas de las veces en que deberá enviarnos copias de sus recibos:

- cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan
- cuando haga un copago por medicamentos que usted obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- cuando usted compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- cuando usted pague el costo completo por un medicamento cubierto

Para obtener información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el pago del medicamento, consulte el Capítulo 7.

### 3. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando usted reciba por correo una EOB, por favor asegúrese de que esté completa y correcta. Si cree que hay algo mal o que falta o si tiene alguna pregunta, por favor llame a

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Servicios al miembro. Asegúrese de guardar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

---

## C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes

En Tufts Health One Care, usted no paga nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.

### C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista está en alguno de los cuatro niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta libre (OTC) de la Lista de medicamentos de Tufts Health One Care. Usted puede ver la Lista de medicamentos para encontrar los niveles de sus medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 no tienen copago. Son medicamentos vacunos.
- Los medicamentos del nivel 2 no tienen copago. Son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 3 no tienen copago. Son medicamentos de marca.
- Los medicamentos del nivel 4 no tienen copago. Son medicamentos de venta libre

### C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Puede obtener un suministro a largo plazo de algunos medicamentos (también se llama “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

Para obtener más información sobre cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

---

## D. Vacunas

**Mensaje importante sobre lo que debe pagar por las vacunas:** Algunas vacunas están consideradas beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras están consideradas como medicamentos de la Parte D de Medicare. Estas vacunas están detalladas en la *Lista de medicamentos con cobertura (Formulario)*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos. Consulte la *Lista de medicamentos con cobertura (Formulario)* o comuníquese con los Servicios para miembros para conocer más detalles sobre la cobertura y los costos de ciertas vacunas.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna**. La vacuna es un medicamento de receta.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **ponerle la vacuna**. Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna como una inyección que le pone su médico.

### **D1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna**

Le recomendamos que cada vez que piense obtener una vacuna, llame antes a Servicios al miembro.

- Podremos decirle cómo nuestro plan cubre su vacuna.

### **D2. Lo que paga usted por una vacuna de la Parte D de Medicare**

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (la enfermedad para la cual se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas y no tienen costo para usted. Para obtener más información sobre estas vacunas, consulte "Vacunas" en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* del plan. Si el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (**ACIP**, por sus siglas en inglés) recomienda la vacuna para adultos, no deberá pagarla.

Estas son tres maneras en las que usted podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y le ponen su inyección en la farmacia.
  - Para la mayoría de las vacunas de la Parte de D para adultos, no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, no pagará nada. Algunos estados no permiten que las farmacias pongan inyecciones.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico le pone la inyección.
  - No pagará nada al médico por la vacuna.
  - Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.
  - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos informarles que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le ponga la inyección.
  - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna.
  - Para otras vacunas de la Parte D, no pagará nada.
  - Nuestro plan cubrirá el costo de colocación de la vacuna.



## Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos los servicios

---

### Introducción

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le dice cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Cómo pedirnos que paguemos.....	137
B. Cómo enviar una petición de pago .....	139
C. Decisiones de cobertura.....	140
D. Apelaciones.....	141



---

## A. Cómo pedirnos que paguemos

Con One Care, hay algunas reglas para obtener los servicios. Una de las reglas es que el servicio debe estar cubierto por Tufts Health One Care. Otra regla es que usted debe obtener el servicio de uno de los proveedores con los que trabaja Tufts Health One Care. Lea el Capítulo 3 para conocer todas las reglas.

**Si sigue todas las reglas, entonces el plan pagará automáticamente los servicios por usted y usted no tendrá que pedirnos que paguemos.** En esos casos, usted no debería pagar nada a sus proveedores ni recibir facturas.

Si no está seguro de si el plan pagará por un servicio que quiere recibir o por un proveedor al que usted quiera acudir, pregunte a su Coordinador de cuidado de salud. **Haga esto antes de obtener el servicio.** Su Coordinador de cuidado de salud le dirá si Tufts Health One Care pagará o si tiene que pedir una decisión de cobertura a Tufts Health One Care. Lea el Capítulo 9 para saber más sobre las decisiones de cobertura.

Si decide obtener un servicio que tal vez no esté cubierto por Tufts Health One Care o si recibe un servicio de un proveedor que no trabaje con Tufts Health One Care, entonces Tufts Health One Care no pagará automáticamente por el servicio.

Estos son algunos ejemplos de situaciones e información sobre el pago por sus servicios.

### 1. Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedir al proveedor que le envíe la factura al plan. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al miembro o con su Coordinador de cuidado de salud.

- Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos que nos aseguremos de que se le devuelva el dinero. Envíenos el formulario de reembolso para miembros completo con el recibo detallado y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura, y si usted pagó todo o parte de la factura, envíenos una prueba de todos los pagos que haya hecho.
  - Si es necesario pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya pagó por el servicio, nosotros nos aseguraremos de que le devuelvan el dinero.

### 2. Si un proveedor de la red de Tufts Health One Care le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care cuando obtenga servicios o

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. **Llame a Servicios al miembro si recibe facturas.**

- Como Tufts Health One Care paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Su proveedor no puede cobrarle nada por los servicios.
- Si alguna vez recibe una factura de un proveedor de la red, no la pague. Envíenos la factura. Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. Lo ayudaremos a que le devuelvan los pagos por sus servicios cubiertos.

### 3. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si acude a una farmacia que no está en la red de Tufts Health One Care, deberá pagar el costo total de la receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Podríamos no reembolsarle la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que le pagaríamos y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

### 4. Si paga la totalidad del costo de una receta porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care

Si usted no lleva su tarjeta de identificación de miembro, pida a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado.
- Podríamos no reembolsarle el costo total que pagó si el precio pagado en efectivo es mayor que nuestro precio negociado para ese medicamento de receta.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## 5. Si paga el costo total por un medicamento que no está cubierto

Deberá pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
  - Si no le pagan por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede pedir una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
  - Si usted y su médico creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo detallado, comprobante de pago, y el formulario de reclamación de medicamentos recetados completado cuando nos pida que le devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para poder devolverle lo que pagó por su medicamento. Podríamos no reembolsarle el costo total que pagó si el precio pagado es mayor que nuestro precio negociado para ese medicamento de receta.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su petición y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por su servicio o medicamento. Si rechazamos su petición de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

---

## B. Cómo enviar una petición de pago

Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que hizo o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para su registro.** Puede pedirle ayuda a su Coordinador de cuidado de salud.

Para asegurarnos de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para pedir la devolución del pago.

- No tiene que usar el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Usted puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (TuftsHealthOneCare.org) o puede llamar a Servicios al miembro y pedir una.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si tiene una reclamación de cuidado de la salud no relacionada con medicamentos, debe enviar por correo la solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Tufts Health Plan  
Attn: Member Services  
P.O. Box 524  
Canton, MA 02021-0524

Si tiene una reclamación de medicamentos, debe enviar por correo la solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Payment Requests  
OptumRx Claims  
Department  
P.O. Box 650287  
Dallas, TX 75265-0287

**Usted debe enviarnos su reclamo, a más tardar 365 días** después de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

---

## C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos su petición de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el servicio o medicamento está o no cubierto por el plan.** También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el servicio o el medicamento de receta.

- Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
- Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, le pagaremos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, podría no recibir el reembolso del monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para ese medicamento). Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Para obtener más información sobre las reglas para pedir la cobertura de sus servicios, consulte el Capítulo 3. El Capítulo 5 explica las reglas para pedir que se cubran sus medicamentos de receta.

- Si decidimos no pagar por su servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

---

## D. Apelaciones

Si cree que nos equivocamos al rechazar su petición de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama apelar. También puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, consulte la sección E.
- Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, consulte la sección F.



## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades .....	144
B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento.....	145
C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos .....	146
D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI).....	147
D1. Cómo protegemos su PHI.....	147
D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos .....	148
E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted.....	148
F. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente .....	149
G. Su derecho a retirarse de nuestro plan.....	149
H. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud .....	150
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud .....	150
H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud .....	151
H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones .....	152
I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos .....	152

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos..... 153

J. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 154

J1. Recuperación del patrimonio ..... 156



---

## A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios le sean prestados con la debida competencia cultural y de modo que le resulten accesibles. Asimismo, tenemos la obligación de comunicarle los beneficios del plan, sus opciones de salud y tratamientos y sus derechos, de manera que usted pueda entenderlos. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan dispone de un servicio gratuito de intérpretes que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede darle materiales en idiomas que no son inglés, incluyendo español, camboyano, chino, criollo haitiano, laosiano, portugués, ruso y vietnamita y en formatos como letras grandes, braille o audio. Podemos proporcionarle estos materiales gratis.
  - Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar los materiales en idiomas distintos al español o en un formato alternativo o para solicitar los correos futuros en el idioma o formato alternativo. Mantendremos su solicitud en nuestros registros para que no tenga que realizar una solicitud distinta en cada ocasión. Asimismo, puede comunicarse con Servicios para Miembros para modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido.
  - Para solicitar una adaptación razonable, llame a Servicios para Miembros o trabaje con su coordinador de cuidado de salud para realizar la solicitud. Nuestro equipo de Servicios para Miembros, Cityblock y nuestro Funcionario de Cumplimiento de Adaptaciones y Accesibilidad de Tufts Health One Care se asegurarán de que su solicitud sea atendida.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan por cuestiones de idioma o alguna discapacidad y desea presentar una queja, puede llamar a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
  - Use el servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  - Llame al 339-224-6831 para utilizar el servicio de videollamada. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- Centro de servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 711).
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

---

## B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto.

**No discriminamos** a los miembros con base en ninguna de las siguientes razones:

- Edad
- Apelaciones
- Comportamiento
- Experiencia con reclamos
- Etnicidad
- Evidencia de asegurabilidad
- Identidad de género
- Información genética
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Historial médico
- Capacidad mental
- Discapacidad mental o física
- Origen nacional
- Raza
- Recibo de cuidados de salud
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de servicios

Para obtener más información, puede consultar el “Aviso sobre no discriminación” del Capítulo 11, Sección B.

Usted tiene derecho a recibir una respuesta completa y amable a sus preguntas e inquietudes.

Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y atento que honre su dignidad.

Bajo las reglas del plan, usted tiene derecho a estar libre de todo tipo de reclusión o restricción física que fuera utilizada con fines de coerción, presión, disciplina, conveniencia o represalia. (Es decir, usted no debe ser controlado físicamente o aislado con el fin de forzarlo a hacer algo, castigarlo o facilitar el trabajo de los demás).

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a sus derechos y responsabilidades.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



No podemos negarle servicios o castigarlo por ejercer sus derechos.

- Si desea obtener más información, si considera que podría presentar una queja por discriminación o si ha recibido un trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish) para obtener más información.
- Además, puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local. 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir servicios de cuidado de salud o contactar a un proveedor, llame a Servicios al miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso con silla de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarlo.

---

## C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

A continuación, se presentan sus derechos como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3.
  - Llame a Servicios al miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
- No le pedimos que obtenga referidos.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho a obtener servicios de especialistas a tiempo.
  - Si no puede recibir los servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios de emergencia o cuidado de urgencia sin recibir primero una autorización (aprobación previa (PA)) en caso de una emergencia.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Usted tiene derecho a que sus recetas se surtan sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

Para obtener más información sobre lo que puede hacer si piensa que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo de tiempo razonable, consulte el Capítulo 9. Para obtener más información sobre qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte el Capítulo 9.

---

## **D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI)**

Usted tiene derecho a tener privacidad durante el tratamiento y esperar confidencialidad de todos los expedientes y comunicaciones.

Nosotros protegemos su información médica personal (PHI) tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su PHI incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derecho en lo que respecta a sus datos y a controlar la forma en que se utiliza su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito para informarlo sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI.

### **D1. Cómo protegemos su PHI**

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni cambie sus expedientes.

Salvo en los casos indicados a continuación, no facilitaremos su información médica personal (PHI) a nadie que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige las siguientes excepciones:

- Debemos revelar PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando la calidad de nuestro cuidado.
- Debemos dar a Medicare y MassHealth su PHI. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales. Si

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



MassHealth revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

## **D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos**

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su información médica personal (PHI) ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al miembro.

---

## **E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted**

Como miembro de Tufts Health One Care, usted tiene derecho a obtener de nosotros información y actualizaciones puntuales sobre su plan. Si no habla inglés, debemos darle la información sin costo en un idioma que usted entienda. Traducimos todos los materiales al español y ofrecemos servicios de traducción a más de 200 idiomas, incluidos camboyano, chino, criollo haitiano, laosiano, portugués, ruso y vietnamita. También podemos darle información sin costo en letras grandes, braille, audio, cortos de video en lenguaje de señas estadounidense y de otras maneras.

Si desea saber información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicios al miembro:

- Nuestro plan, incluyendo:
  - qué información financiera está disponible;
  - cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan;
  - cuántas apelaciones han hecho nuestros miembros; **y**
  - cómo retirarse del plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluyendo:
  - cómo elegir o cambiar los proveedores de cuidado primario;
  - cuáles son las certificaciones de los proveedores y las farmacias de la red; **y**

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada, llame al Servicios al miembro o visite nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org.
- Servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) cubiertos y reglas que debe seguir, entre ellas:
  - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
  - limitaciones a su cobertura y sus medicamentos;
  - reglas que debe seguir para conseguir servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), incluyendo:
  - pedirnos que le expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto;
  - pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos;
  - pedirnos que paguemos una factura que usted recibió.
- Mediante el Consejo Asesor del Consumidor (Consumer Advisory Council), tiene el derecho a intervenir en la gestión y la aplicación de su plan de salud.

---

## F. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para obtener información sobre qué hacer cuando un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

---

## G. Su derecho a retirarse de nuestro plan

Usted tiene derecho a retirarse del plan. Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Puede llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o TTY: 711 (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) y solicitar retirarse del plan. También puede llamar al 1-800-Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta y para retirarse de nuestro plan. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cómo retirarse de nuestro plan.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si elige retirarse de nuestro plan, podrá acceder a nuestros servicios hasta el final del mes. Por ejemplo, si se retira del plan el 5 de septiembre, tendrá cobertura hasta finalizar el mes de septiembre.

- Si se retira de nuestro plan, seguirá formando parte de los programas Medicare y MassHealth.
- Usted tiene derecho a recibir la mayor parte de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- También tiene derecho a obtener sus beneficios de MassHealth directamente del programa Medicaid de MassHealth.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de beneficios de medicamentos de receta o de un plan Medicare Advantage.

---

## H. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud

### H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud. También tiene derecho a tener acceso a médicos y otros proveedores que puedan satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que puedan satisfacer sus necesidades de cuidado de salud, comunicarse con usted y proporcionarle servicios en ubicaciones a las que pueda llegar físicamente. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entenderlo. También puede elegir que un miembro de su familia o administrador de cuidados participe en las conversaciones sobre servicios y tratamiento. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le expliquen sus necesidades médicas y a que lo informen sobre todas las clases de tratamiento disponibles para usted, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos involucrados en sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar con anticipación si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pedir una segunda opinión.** Usted tiene derecho a acudir a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo echarán del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.

- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue denegado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama “decisión de cobertura”. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura del plan, consulte el Capítulo 9.
- **Cambiar sus proveedores.** Usted tiene derecho a cambiar sus proveedores.

## H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Rellenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre; y**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder legal para cuidados de salud.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid, tales como los centros de salud, también tengan formularios de directivas anticipadas. Usted también puede comunicarse con Servicios al miembro para pedir los formularios.
- **Rellene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle ayuda a un abogado para completarlo.
- **Entregue copias a las personas que deben saber sobre el formulario.** Debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Conserve una copia en su casa.

- Si lo van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: completar una directiva anticipada es su decisión.

### H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante con My Ombudsman de las siguientes maneras:

- Por teléfono: 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Personas que son sordas, tienen problemas para oír o una discapacidad del habla deberían llamar al 711 de MassRelay.
- Visita My Ombudsman en línea en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org).
- Escribir o visitar la oficina de My Ombudsman:  
My Ombudsman  
25 Kingston St, 4th floor  
Boston, MA 02111
- Visitar la oficina de My Ombudsman, a lunes de viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. (bienvenida sin cita previa).

---

## I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

Para obtener información sobre qué hacer si tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos, consulte el Capítulo 9. Por ejemplo, usted podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al miembro.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos

Si cree que lo han tratado de forma injusta, y no se trata de discriminación por los motivos indicados en la Sección B, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- El Programa de asistencia de seguro de salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program) llamado SHINE (Programa que satisface las necesidades de seguro de salud de todos). Para obtener información acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.
- MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 711).
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (gratuito), de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
  - Use el servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  - Llame al 339-224-6831 para utilizar el servicio de videollamada. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
  - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo a resolver inquietudes o conflictos relacionados con su inscripción en One Care o con su acceso a los beneficios y servicios de One Care.



---

## J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para detalles sobre sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que usted tenga. Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios al miembro si usted tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
  - Elija un proveedor de cuidado primario.
  - Llame a su proveedor de cuidado primario cuando necesite cuidado de salud o en las cuarenta y ocho horas siguientes a una emergencia o tratamiento fuera de la red.
  - Entrégueles la información completa y exacta que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica, vitaminas y suplementos.
  - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entenderlo. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Entienda la función que cumplen su proveedor de cuidado primario, su Coordinador de cuidado de salud y su Equipo para el cuidado de salud a la hora de brindarle cuidados y coordinar los servicios de cuidado de salud que pueda necesitar.
- Siga el Plan de cuidados individualizado (ICP) que usted y su Equipo para el cuidado de salud hayan acordado.
- Entienda sus beneficios y conozca qué está cubierto y qué no está cubierto.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio del médico, en los hospitales, en los consultorios de otros proveedores y en su hogar cuando su proveedor lo visite.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios al miembro.
  - **Si usted se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden acceder a Tufts Health One Care. Para obtener información sobre cuál es su área de servicio, consulte el Capítulo 1.
  - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Le podemos avisar si tenemos un plan allí.
  - También puede llamar al Centro de Servicios al Cliente de MassHealth para hacer una transferencia a otro plan One Care en su nueva área.
  - Además, asegúrese de comunicar a Medicare y MassHealth su nueva dirección cuando usted se mude. Para conocer los números de teléfono de Medicare y MassHealth, consulte el Capítulo 2.
  - **Si usted se muda, pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si su información personal cambia.** Es importante que nos informe de inmediato si su información personal ha cambiado, como su número de teléfono, su estado civil, el número de integrantes de la familia, las cuestiones que determinan su elegibilidad u otra cobertura del seguro de salud.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## J1. Recuperación del patrimonio

Las leyes federales obligan a MassHealth a recuperar el dinero del patrimonio de determinados miembros. Estos miembros deben tener 55 años o más, o cualquier edad y estar recibiendo cuidados a largo plazo en una casa de reposo u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de los bienes con MassHealth, visite [www.mass.gov/estatercovery](http://www.mass.gov/estatercovery).

## Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Introducción

En este capítulo hay información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer, si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan o su cuidado.
- Usted necesita un servicio o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado, incluida una reducción de los servicios.
- Le parece que su plan debería proporcionar o preparar un servicio más rápido.
- Le parece que se le pidió que saliera del hospital demasiado pronto.

**Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente la información sobre lo que tiene que hacer para resolver su problema o inquietud.

### Si usted está teniendo un problema con sus servicios

Usted debe recibir los servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que sean necesarios para su cuidado como parte de su Plan de cuidado individualizado (ICP). **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831).** Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas. También puede llamar a My Ombudsman para que lo ayude con su problema. Para obtener recursos adicionales relacionados con sus inquietudes y las maneras de contactarlos, consulte el Capítulo 2 para más información sobre My Ombudsman.

### Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene un problema.....	160
A1. Acerca de los términos legales.....	160
B. Dónde llamar para pedir ayuda .....	160
B1. Dónde obtener más información y ayuda .....	160
C. Cuáles son las secciones de este capítulo que lo ayudarán con su problema.....	162

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja .....	162
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	163
D1. Resumen .....	163
D2. Cómo obtener ayuda .....	163
D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle .....	165
E. Problemas sobre cuidados médicos .....	167
E1. Cuándo usar esta sección.....	167
E2. Pedir una decisión de cobertura.....	167
E3. Apelación de Nivel 1 para cuidados médicos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	170
E4. Apelación de Nivel 2 para cuidados médicos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	175
E5. Problemas de pagos .....	180
F. Medicamentos de la Parte D .....	182
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D.....	182
F2. Qué es una excepción.....	184
F3. Qué cosas importantes debe saber cuando pide una excepción .....	185
F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción .....	187
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	191
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	194
G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital .....	195
G1. Sus derechos de Medicare si lo internan en un hospital .....	196
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital.....	197
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital.....	200



H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.....	201
H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura .....	201
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado.....	202
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado.....	204
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	205
I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare.....	205
I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de MassHealth.....	206
J. Cómo presentar una queja .....	206
J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja.....	206
J2. Quejas internas .....	209
J3. Quejas externas .....	210
J4. Quejas sobre la equidad de salud mental .....	211



---

## A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con Tufts Health One Care o con sus servicios. Medicare y MassHealth aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que deben seguirse. Este es un resumen de sus derechos.

### A1. Acerca de los términos legales

Algunas de las reglas y fechas límite de este capítulo tienen términos legales. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo”, o “determinación de cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Entender y conocer el significado de los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con más claridad; por eso también proporcionamos esos términos legales.

---

## B. Dónde llamar para pedir ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se encuentra bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

#### Puede obtener ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente donde pueden ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier problema con su plan One Care. Los servicios son gratuitos. También puede encontrar información sobre My Ombudsman en el Capítulo 2 El personal de My Ombudsman:

- Responderá a sus preguntas o lo remitirá al lugar adecuado para que encuentre lo que necesita.
- Lo ayudará con un problema o inquietud relacionados con One Care o su plan One Care, Tufts Health One Care. El personal de My Ombudsman lo escuchará,

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



investigará sobre el asunto y analizará las opciones con usted para resolver el problema.

- Lo ayudará con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle al plan One Care, MassHealth o Medicare que revisen alguna decisión que hayan tomado sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso.

Puede llamar por teléfono, enviar un correo electrónico o presentarse en la oficina de My Ombudsman.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla deben marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone (VP) al 339-224-6831.
- Envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).
- Escriba a la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4to piso, Boston, MA 02111, o visítela.
  - Ingrese al sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada acerca de la ubicación, las citas y los horarios de atención.
- Visite el sitio web de My Ombudsman en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org).

### **Puede obtener ayuda del Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)**

Usted también puede llamar al Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP). En Massachusetts, este programa se llama SHINE (Servimos las necesidades de información de salud para todos). Los consejeros de SHINE podrán responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para resolver su problema. El programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. SHINE cuenta con consejeros capacitados en Massachusetts y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636, y su sitio web es [www.mass.gov/health-insurance-counseling](http://www.mass.gov/health-insurance-counseling). TTY (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla): 1-800-439-2370 (solamente para Massachusetts).

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Cómo obtener ayuda de Medicare**

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY (para personas con problemas del habla o de la audición): 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov).

**Cómo obtener ayuda de MassHealth**

Usted puede llamar directamente al Servicio al cliente de MassHealth para pedir ayuda si tiene problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla): 711.

---

## C. Cuáles son las secciones de este capítulo que lo ayudarán con su problema

### C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo que debe leer según su problema o queja.

<p><b>¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?</b></p> <p>(Esto incluye problemas relacionados con si nuestro plan cubre y paga cuidados médicos específicos (artículos médicos, servicios), cuidados de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo y/o medicamentos de receta de la Parte B).</p>	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b>.</p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Salte a la <b>Sección J: “Cómo presentar una queja”</b>.</p>

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://www.TuftsHealthOneCare.org).



---

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Resumen

Cuando pide información sobre decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones, eso significa que está tratando con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de receta de la Parte B, incluso el pago de los mismos). Para usar términos simples, solemos referirnos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de receta de la Parte B como **cuidados médicos**.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los servicios, artículos y medicamentos que cubriremos para usted. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le brinda cuidados médicos o un referido para un especialista médico.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por nuestro plan, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio, artículo o medicamento antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o no es médicamente necesario para usted. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Si quiere, su proveedor puede presentar una apelación por usted.

### D2. Cómo obtener ayuda

#### ¿A quién puedo llamar si necesito ayuda con las decisiones de cobertura o una apelación?

Puede pedir ayuda de diferentes maneras.

- Llame a **Servicios al miembro** al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Llame a su Coordinador de cuidado de salud.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Llame, envíe un correo electrónico, escriba o visite **My Ombudsman**.
  - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla deben marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone (VP) al 339-224-6831.
  - Envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).
  - Visite el sitio web de My Ombudsman en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org).
  - Escriba a la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4to piso, Boston, MA 02111, o visítela.
    - Ingrese al sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada acerca de la ubicación, las citas y los horarios de atención.
- Llame al **Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No está conectada con este plan. El teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla): 1-800-439-2370 (solamente para Massachusetts).
- Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
- Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su representante para pedir una decisión de cobertura o para apelar.
  - Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante, además de su proveedor, llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. También podrá obtener este formulario entrando en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) o en nuestro sitio web en [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).
  - Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para pedir una decisión de cobertura o apelar. Usted no necesita este formulario para que su médico u otro proveedor de cuidado de salud actúen como sus representantes.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Nuestro plan no le pagará un abogado. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Si quiere que un abogado le represente, deberá rellenar el formulario de Nombramiento de un representante.
  - Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

### D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted solo necesitará leer las secciones de este capítulo que correspondan a su situación:**

- La **Sección E** le da información si tiene problemas sobre los cuidados médicos (**no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - No está recibiendo un servicio, artículo o medicamento que usted quiere y cree que nuestro plan cubre.
  - No aprobamos el cuidado médico que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto y es médicamente necesario.
    - **NOTA:** Use la Sección E solo si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos*, que tienen un símbolo “EC” (Cobertura mejorada, por sus siglas en inglés) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para presentar apelaciones por medicamentos de la Parte D.
  - Usted recibió y pagó por cuidados médicos que creía que nosotros cubriríamos, y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
    - **NOTA:** Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas a seguir para que nuestro plan pague su cuidado de salud.
  - Le avisamos que la cobertura de los cuidados médicos que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es por cuidados en un hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer una sección por separado de este

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



capítulo, ya que se aplican reglas especiales para esos tipos de servicios.  
Consulte las Secciones G y H.

- Su solicitud de decisión de cobertura podría ser desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, su solicitud podría ser desestimada en los casos siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no acredita que usted lo ha autorizado, o si usted pide que su solicitud sea retirada. Si tras enviar una solicitud de decisión de cobertura, esta es desestimada, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué, y le informaremos sobre cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal denominado apelación.
- **La Sección F** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.
  - Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  - Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
  - No aprobamos su petición o excepción, y usted o su médico u otro profesional autorizado creen que deberíamos haberla aprobada.
  - Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.)
- **La Sección G** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente hospitalizado. Use esta sección si está en el hospital y cree que el médico ha pedido que usted reciba el alta demasiado pronto.
- **La Sección H** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marque el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831) o envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



---

## E. Problemas sobre cuidados médicos

### E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que hay que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, tales como servicios médicos, cuidado de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que tienen un símbolo “EC” (Cobertura mejorada, por sus siglas en inglés) **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección F para Apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le dice qué puede hacer en los siguientes casos:

1. Cree que cubrimos servicios médicos, pero no los está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico o proveedor quiere darle y usted cree que deberíamos haberlo hecho. O bien, redujimos o suspendimos su cobertura para cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) corresponden reglas especiales. Para obtener más información, consulte las Secciones G o H .

3. Usted recibió cuidados médicos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que le devolvamos lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que le devolvamos el pago. Consulte la Sección E5 para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

### E2. Pedir una decisión de cobertura

Para pedir una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o a su médico que nos pidan tomar una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Puede enviarnos un fax al: 1-857-304-6308

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Puede escribirnos a:

Tufts Health Plan  
Attn:Member Service  
P.O. Box 524  
Canton, MA 02021-0524

- Puede consultarle a su Coordinador de cuidado de salud.

### ¿Cuánto tiempo tardaré en recibir una decisión de cobertura?

Generalmente, toma hasta 14 días calendario después de pedirla, a menos que su solicitud sea para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, le comunicaremos la decisión antes de las 72 horas desde la recepción de su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare), puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.

### ¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si, debido a su salud, necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos su petición, le avisaremos sobre nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud (o dentro de las 24 horas, en caso de medicamentos de receta de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y, si eso ocurre, le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

### Cómo pedir una decisión de cobertura rápida:

- Para comenzar, llame o envíe un fax a nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-855-393-3154 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-857-304-6308. Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## ¿Cuáles son las reglas para pedir una decisión de cobertura rápida?

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si usted cumple con estos dos requisitos:

1. Está pidiendo algún cuidado que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si es sobre un cuidado médico que ya recibió).
2. La fecha límite normal de 14 días calendario (o de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare) podría causar daños graves a su salud o perjudicar su habilidad para desempeñarse.
  - Si su proveedor determina que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
  - Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su proveedor, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos no darle una decisión de cobertura rápida, usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario (o el límite de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare). También le enviaremos una carta.
    - Esta carta le indicará que, si su proveedor nos pide que tomemos la decisión de cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
    - La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.

## ¿Cómo consulto la respuesta del plan sobre mi decisión de cobertura?

El plan le enviará una carta que le dirá si aprobamos o no la cobertura.

## ¿Qué sucede si la decisión de cobertura es No?

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si usted decide apelar la decisión de cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (obtenga más información en la siguiente sección).



### **E3. Apelación de Nivel 1 para cuidados médicos (que no sean medicamentos de la Parte D)**

#### **¿Qué es una apelación?**

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura o cualquier decisión adversa que hayamos tomado. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, usted deberá iniciar su apelación de Nivel 1 con nuestro plan.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marque el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831). My Ombudsman no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

#### **¿Qué es una acción adversa?**

Una acción adversa es una acción o falta de acción por parte de nuestro plan que usted puede apelar. Eso incluye lo siguiente:

- Rechazamos o aprobamos un servicio o artículo limitado que pidió su médico.
- Redujimos, suspendimos o terminamos la cobertura que ya habíamos aprobado.
- No pagamos un servicio o artículo que usted considera que está cubierto por nuestro plan.
- No resolvimos su petición de autorización dentro de los plazos requeridos.
- Usted no pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de nuestra red en un plazo razonable.
- No actuamos dentro de los plazos para examinar una decisión de cobertura y tomar una decisión.



## ¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original.

Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos de que el servicio o artículo no será cubierto, su caso podrá ir a la Apelación de Nivel 2.

## ¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico o su representante deberá comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el Capítulo 2.
- Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede enviar su petición a la siguiente dirección:
 

Tufts Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances Department  
P.O. Box 474  
Canton, MA 02021-0474
  - O puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m.

### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden hacer su petición por escrito y enviarlo a nuestras oficinas por correo o fax. También puede llamarnos para apelar.

- Haga su solicitud **dentro de 65 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
- Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación está en proceso.
- Para obtener más información sobre las fechas límites para su apelación, consulte este capítulo.

**El término legal** para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



### ¿Alguien más puede presentar la Apelación de Nivel 1 en mi nombre?

**Sí.** Su proveedor puede solicitar la apelación en su nombre. Si quiere que otra persona además de su proveedor apele por usted, primero deberá completar un formulario de Nombramiento de representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de representante, llame a Servicios al miembro y pídale, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) o nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org.

Si la apelación viene de otra persona aparte de usted o de su proveedor, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de representante antes de poder revisar la solicitud.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando en su nombre, su solicitud de apelación será desestimada. Si eso ocurre, usted tiene derecho a que otra organización revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le hablaremos de su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una Apelación de Nivel 1?

Usted deberá presentar una apelación **a más tardar 65 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión de cobertura.

Si usted se pasa de esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: Usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Usted deberá explicar por qué se ha retrasado su apelación cuando la realice.

**NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación está en proceso. Lea “¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 1?” para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

**Sí.** Usted puede, en cualquier momento, solicitar ver el expediente médico y otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión. Usted puede pedir, sin costo para usted, una copia de las normas que usamos para tomar nuestra decisión. Pídanos esta información llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

### ¿Mi proveedor puede darles más información para apoyar mi Apelación de Nivel 1?

**Sí.** Tanto usted como su proveedor pueden darnos más información para apoyar su apelación.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la Apelación de Nivel 1?

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su petición de cobertura de cuidados médicos. Luego comprobaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su petición. El revisor no será la persona que tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podríamos pedirselo a usted o a su proveedor.

## ¿Cuándo y cómo me enteraré sobre una decisión de Apelación estándar de Nivel 1?

Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios o artículos. Le daremos nuestra decisión más pronto si su enfermedad nos lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar 30 días calendario después (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare o por Medicare y MassHealth. Nosotros le avisaremos si esto ocurre. Si su problema es con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth, usted mismo podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

Le enviaremos una carta para darle nuestra respuesta sobre su apelación.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar esa cobertura. Debemos aprobar o darle cobertura para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si Medicare o Medicare y MassHealth suelen pagar por el servicio o artículo, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Si MassHealth suele pagar por el servicio o artículo, en la carta también le diremos que puede pedir una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

### ¿Cuándo y cómo me enteraré sobre la decisión de Apelación rápida de Nivel 1?

Si usted presenta una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes de las 72 horas si su salud nos lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. Si su petición es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare o por Medicare y MassHealth. Nosotros le avisaremos si esto ocurre. Si su problema es con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth, usted mismo podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

Le enviaremos una carta para darle nuestra respuesta sobre su apelación.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar esa cobertura.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si Medicare o Medicare y MassHealth suelen pagar por un servicio o artículo, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Si MassHealth suele pagar por el servicio o artículo, en la carta también le diremos que puede pedir una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



### ¿Mis beneficios continuarán durante una Apelación de Nivel 1?

Si apela para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, no obtendrá ese servicio a menos que su apelación esté terminada y nuestra decisión sea que el servicio está cubierto.

Si apela porque decidimos cambiar o suspender un servicio que fue aprobado anteriormente, usted tiene derecho a seguir recibiendo ese servicio de nuestro plan durante su apelación. Le enviaremos un aviso antes de cambiar o suspender un servicio. Si no está de acuerdo con la acción descrita en el aviso, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios para ese servicio. Usted tiene que **hacer la solicitud antes de las siguientes fechas**, para que sus beneficios continúen:

- A partir de 10 días desde la fecha del envío postal del aviso de acción; o
- En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

- Si desea continuar con sus beneficios mientras su apelación está pendiente:
  - Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.; o
  - Puede obtener más ayuda llamando a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o hacer una videollamada (VP) al 339-224-6831) o enviar un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

### E4. Apelación de Nivel 2 para cuidados médicos (que no sean medicamentos de la Parte D)

#### Si el plan dice que No en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si su apelación es por un servicio o artículo cubierto por Medicare, Medicare y MassHealth o simplemente MassHealth. Esta carta le indicará cómo hacer una Apelación de Nivel 2 y describirá el proceso de Apelaciones de Nivel 2.

#### ¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de Apelaciones de Nivel 2 de Medicare se llama Entidad de revisión independiente (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia del gobierno. Medicare supervisa su trabajo. La organización de Apelaciones de Nivel 2 de MassHealth se llama Consejo de audiencias de MassHealth.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Usted tiene derechos de apelación ante Medicare y MassHealth. Los servicios y artículos que puede recibir con nuestro plan están cubiertos solo por Medicare, solo por MassHealth, o tanto por Medicare como por MassHealth.

- Cuando un servicio o artículo está cubierto solo por Medicare, usted recibirá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de Medicare de la IRE si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 fue No.
- Cuando un servicio o artículo está cubierto solo por MassHealth, **usted debe pedir** una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 fue **No** y quiere volver a apelar.
- Cuando un servicio o artículo está cubierto **tanto** por Medicare como por MassHealth, usted recibirá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de Medicare de la IRE si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 fue **No**. **También puede pedir** una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth.

Para asegurarse de que las Apelaciones de Nivel 2 sean justas y no demoren demasiado, existen ciertas reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

### ¿Cuáles son las reglas para pedir una Apelación del Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth?

Debe pedir una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth **en un plazo de 120 días calendario** desde la fecha de nuestra carta donde le comunicamos nuestra decisión de la Apelación de Nivel 2. En la carta, le diremos cómo puede pedir una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias:

- El Consejo de audiencias de MassHealth no está vinculado con Tufts Health One Care.
- Usted puede pedir una copia de su expediente.

Para pedir una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias, debe completar un formulario de solicitud de audiencia imparcial. Puede obtener el formulario por los siguientes medios:

- En línea en: [www.mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf](http://www.mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf).
- Llamando al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-497-4648, TTY: 711 (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla).

El Consejo de audiencias debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación. Si el Consejo de audiencias necesita reunir más información que lo ayude a usted, esto podría tomar hasta 14 días calendario más.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una Apelación rápida en el Nivel 2. El Consejo de audiencias debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación. Si el Consejo de audiencias necesita reunir más información, esto podría tomar hasta 14 días calendario más.

### ¿Cuáles son las reglas para obtener una apelación de la Entidad de revisión independiente de Medicare?

Si respondemos que **No** a todo a parte de su Apelación de Nivel 1 y el servicio o artículo está tradicionalmente cubierto por Medicare o por Medicare y MassHealth, usted recibirá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de la Entidad de revisión independiente (IRE). Una IRE revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

- Enviaremos automáticamente sus rechazos (de todo o parte) a la IRE. Nosotros le avisaremos si esto ocurre. Usted no necesitará solicitar la Apelación de Nivel 2 por los servicios y artículos cubiertos por Medicare.
- La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
- Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios o artículos médicos.

- Si la IRE necesita reunir más información que lo ayude a usted, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos mediante una carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una Apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.

- Si la IRE necesita reunir más información que lo ayude a usted, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos mediante una carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.



## ¿Mis beneficios continuarán durante la Apelación de Nivel 2?

Si su problema es con un servicio **cubierto por Medicare solamente**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 presentado ante la Entidad de revisión independiente.

Si su problema es sobre un servicio **cubierto por MassHealth o por Medicare y MassHealth**, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 en los siguientes casos:

- Usted está apelando porque decidimos reducir o interrumpir un servicio que usted ya estaba recibiendo, **Y**
- Usted pidió una Apelación de Nivel 2 del Consejo de audiencias de MassHealth.

Para obtener un servicio mientras está apelando, usted debe hacer lo siguiente:

- Pedir que el Consejo de audiencias de MassHealth revise su apelación a más tardar 10 días después de recibir nuestra carta sobre nuestra decisión de la Apelación de Nivel 1.
- Decirle al Consejo de audiencias de MassHealth que usted quiere que nuestro plan le siga dando el servicio mientras está apelando.

Si usted sigue recibiendo servicios durante el proceso de apelación del Consejo de audiencias y la decisión no es a su favor, es posible que tenga que pagar el costo de esos servicios.

Si no pide que el Consejo de audiencias de MassHealth revise su apelación, usted no recibirá el servicio durante su apelación.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio, no recibirá ese servicio mientras esté apelando, aunque pida una apelación al Consejo de audiencias de MassHealth.

## ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 pasó al Consejo de audiencias de MassHealth, el Consejo de audiencias le enviará una carta para explicarle su decisión.

- Si el Consejo de audiencias responde que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio o el artículo a más tardar en 72 horas.
- Si el Consejo de audiencias responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.



Si su apelación pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

- Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos a más tardar en 72 horas o proporcionarle el servicio o artículo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos o darle el servicio o artículo dentro de las 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a toda su petición en su apelación estándar para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tiene una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

### **¿Y si apelé ante el Consejo de audiencias y la Entidad de revisión independiente y los dos toman decisiones diferentes?**

Si el Consejo de audiencias o la Entidad de revisión independiente deciden que **Sí** para todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobado que sea más cercano a lo que pidió en su apelación.

### **Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?**

- Si su Apelación de Nivel 2 pasó al Consejo de audiencias de MassHealth, usted podrá presentar una apelación más avanzada ante el Tribunal supremo de la Mancomunidad de Massachusetts.
- Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá apelar otra vez, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la IRE, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.
- Si su Apelación de Nivel 2 pasó al Consejo de audiencias de MassHealth y a la IRE, ambas opciones de apelación adicionales están disponibles para usted.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la sección I.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## E5. Problemas de pagos

Con One Care, hay reglas para obtener los servicios y artículos. Una de las reglas es que el servicio o artículo debe estar cubierto por nuestro plan. Otra regla es que usted debe obtener el servicio o artículo de uno de los proveedores en nuestra red. Consulte el Capítulo 3 para leer todas las reglas. Si sigue todas las reglas, pagaremos por sus servicios y artículos.

Si no está seguro de si pagaremos por un servicio o artículo que quiere recibir o por un proveedor al que usted quiere acudir, **pregunte a su Coordinador de cuidado de salud antes de obtener el servicio**. Su Coordinador de cuidado de salud le dirá si el plan pagará o si tiene que pedirnos una decisión de cobertura.

Si decide obtener un servicio o artículo que tal vez no esté cubierto por nuestro plan o si recibe un servicio o artículo de un proveedor que no trabaje con nuestro plan, entonces no pagaremos automáticamente por el servicio o el artículo. En ese caso, es posible que usted tenga que pagar por el servicio o artículo. Si eso sucede y quiere pedirnos que le devolvamos el pago, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en que usted podría necesitar pedir que le devolvamos un pago o pagar una factura que recibió de algún proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

### **¿Y si seguí las reglas para obtener los servicios y artículos, pero recibí una factura de un proveedor?**

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted por los servicios y artículos cubiertos. Esto es verdad incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura.

Si usted recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura**, Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

### **¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por servicios o artículos?**

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagarla. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.



Si está pidiendo que le devuelvan el pago, está pidiendo una decisión de cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo, en general dentro de los 30 días calendario, y a más tardar dentro de los 60 días calendario después de recibir su petición.
  - O bien, si usted no ha pagado todavía por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que “sí” a su petición de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

### ¿Y si le decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección E3. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

- Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted puede apelar solamente si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere, llega a cierta cantidad mínima. Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la sección I.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por MassHealth, no puede apelar ante el Consejo de audiencias de MassHealth en relación con apelaciones sobre pago.

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que MassHealth podría cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de medicamentos* incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo “EC” (Cobertura mejorada, por sus siglas en inglés). Estos medicamentos no son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo “EC” siguen el proceso de la **Sección E**.

#### ¿Puedo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
  - pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de medicamentos* del plan; ○
  - pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).



**NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

- Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.

El **término legal** para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use la siguiente tabla para decidir en qué sección hay información sobre su situación.



**¿En cuál de estas situaciones está usted?**

<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede pedirnos que hagamos una excepción.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la <b>Sección F2.</b> Consulte también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Salte a la <b>Sección F4.</b></p>	<p>¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?</p> <p><b>Puede pedirnos que le devolvamos el pago.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Salte a la <b>Sección F4.</b></p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?</p> <p><b>Puede apelar.</b> (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)</p> <p>Salte a la <b>Sección F5.</b></p>
--	--	---	--

**F2. Qué es una excepción**

Una excepción es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos* o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una excepción.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.



Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado podrán pedirnos.

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Lista de medicamentos*.
  - No puede pedirnos una excepción por la cantidad de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
  - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
    - Usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (A veces, esto se denomina “autorización previa” (PA).) Debemos proporcionar los criterios de necesidad médica para obtener aprobación del plan para un medicamento si usted, su proveedor o MassHealth nos los piden.
    - Probar un medicamento diferente antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia escalonada”).
    - Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.

**El término legal** que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es “**excepción de formulario**”.

### F3. Qué cosas importantes debe saber cuando pide una excepción

#### Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado deberán presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. En general, **no** aprobamos

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



su petición de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

### **Diremos Sí o No a su petición de una excepción**

- Si decimos que **Sí** a su petición de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos que **No** a su petición de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección F5 le dice cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.



#### F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

##### Qué hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su petición por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Puede llamarnos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Para obtener más información sobre cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante, consulte la Sección D.
- Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que es posible que deba pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo puede enviar los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
- Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.

##### En resumen: Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento o por un pago

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en un plazo de 14 días calendario.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
- Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)
- Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.



- Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviar una declaración por fax o por correo.

### Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si está pidiendo un medicamento que aún no ha recibido**. (Usted no podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró).

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, usando las fechas límite estándar, podríamos causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.

Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” tomaremos una decisión de cobertura rápida y se lo comunicaremos mediante carta.

- Si usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, entonces usaremos los plazos estándar.
  - Le enviaremos una carta para avisarle. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



**Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”**

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su petición. Si nos está pidiendo una excepción, en 24 horas después de recibir la declaración de su médico o profesional autorizado apoyando su petición. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su petición.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su petición o la declaración de su médico o profesional autorizado respaldando su petición.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que No. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

**Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido**

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su petición. Si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de su médico o su profesional autorizado apoyando su petición. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su petición.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su petición o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o profesional autorizado.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



**Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” para el pago de un medicamento que ya compró**

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su petición.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



## F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deberán comunicarse con nosotros. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
- Si nos pide una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. **También puede llamarnos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. para apelar.**
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Solicite su apelación **a más tardar 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted se pasa de esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: Usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden hacer su petición por escrito y enviarlo a nuestras oficinas por correo o fax. También puede llamarnos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. para apelar.

- Haga su solicitud **dentro de 65 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
- Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para pedir una apelación rápida.
- Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de los medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si quiere, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



### Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, descritos en la Sección F4.

**El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.**

### Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su petición de cobertura. Luego comprobaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su petición. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original.

### Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
- Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) examinará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No**.



**Fechas límite para una “apelación estándar”**

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación, o antes si su salud lo exige, excepto si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde que recibimos su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso para un medicamento que ya compró, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) examinará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
  - Si aprobamos su petición de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.



## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de Nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su petición de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando apele a la IRE, les enviaremos su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Usted tiene derecho a darle a la IRE otra información para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, debe apelar por escrito.

- Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
- Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Consulte este capítulo para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.

**El término legal** para una apelación ante la IRE por un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.



### Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE está de acuerdo con darle una apelación rápida, deberá responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar 24 horas después de recibir la decisión.

### Fechas límite para una “Apelación estándar” de Nivel 2

- Si usted tiene una Apelación estándar de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe responder su Apelación de Nivel 2 a más tardar 7 días calendario después de que recibe su apelación, o 14 días calendario si nos pidió que le devolviéramos el dinero por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar 72 horas después de recibir la decisión.
- Si la IRE aprueba una petición para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

### ¿Y si la Entidad de revisión independiente responde No a su Apelación de Nivel 2?

**No** significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si usted quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, el valor en dólares de la cobertura de los medicamentos que está solicitando debe alcanzar cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, usted no podrá apelar más adelante. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

---

## G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico, su coordinador de cuidado de salud y el personal del hospital lo prepararán para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se le explica cómo hacerlo.

## **G1. Sus derechos de Medicare si lo internan en un hospital**

A más tardar dos días después de que lo internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el Mensaje importante se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso no significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le haya dicho su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para tener esa información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- También podrá consultar el aviso por internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro o a Medicare a los teléfonos anotados más arriba.

## G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente hospitalizado, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la Apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha de su salida es médicamente adecuada. En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Acentra Health.

Para presentar una apelación o cambiar su fecha de salida, llame a Acentra Health a 1-888-319-8452. (TTY: 711).

### ¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el “Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos” encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

- **Si llama antes de salir** del hospital, se le permitirá quedarse después de su fecha de salida sin tener que pagar, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada de salida.

#### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1-888-319-8452. (TTY: 711) y pida una revisión rápida.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711). También puede llamar al Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla): 1-800-439-2370

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



(solamente para Massachusetts). O bien, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831) o envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org) para recibir ayuda.

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

### Pida una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una “revisión rápida” de su fecha de salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación en lugar de usar las fechas límite estándar.

El **término legal** para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.



### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Usted recibirá una carta con su fecha de salida el mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de su salida**”. Podrá obtener una muestra llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá consultar una muestra del aviso por internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### ¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar su estadía hospitalaria. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha programada de salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

### G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha programada de salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Acentra Health. Usted podrá llamar a Acentra Health al: **1-888-319-8452 (TTY: 711)**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición de una segunda revisión.

#### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1-888-319-8452 (TTY: 711), y pida otra revisión.

#### ¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente hospitalizado todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### ¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Esto significa que la Organización para el Mejoramiento de Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que recibirá se le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida.

---

## H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección trata solo los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidados de salud en el hogar.
- Cuidados de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidados de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
  - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar por su cuidado.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

### H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y en cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es el momento de dejar de recibir los cuidados.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de pedir la apelación, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J se explica cómo presentar una queja.)
- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a los siguientes contactos:
  - Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
  - Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla): 1-800-439-2370 (solamente para Massachusetts).
  - Llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831) o enviar un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Acentra Health. Usted puede llamar a Acentra Health al: 1-888-319-8452 (TTY: 711). La información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad se encuentra también en la “Notificación de no cobertura de Medicare” (el aviso que recibió cuando le dijimos que dejaríamos de cubrir sus cuidados).

### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1-888-319-8452 (TTY: 711) y pida una “apelación de vía rápida”.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o centro que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

## ¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

## ¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.

**El término legal** del aviso por escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY, personas con dificultades auditivas o del habla, pueden llamar al 1-877-486-2048). También podrá consultar una muestra del aviso por internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI).

## ¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Cuando presente una apelación, el plan deberá escribirle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de Calidad explicando por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **A más tardar un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**El término legal** para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es **“Notificación detallada de Medicare de no cobertura”**.

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores responden **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen No?

- Si los revisores responden **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura, entonces es posible que usted tenga que pagar el costo total de este cuidado.

## H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a la apelación y usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Acentra Health. Usted puede llamar a Acentra Health al: 1-888-319-8452. (TTY: 711). Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

### En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1-888-319-8452. (TTY: 711) y pida otra revisión.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o el centro que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada de salida.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- La Organización para el Mejoramiento de Calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición de apelación.

### ¿Qué sucederá si la organización de revisión dice Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucederá si la organización de revisión dice No?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba, se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

---

## I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

### I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente (IRE) le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si quiere que un ALJ o abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está pidiendo, debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, usted no podrá apelar más adelante. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir al ALJ o abogado adjudicador que examine su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado litigante, puede comunicarse con el Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (hay intérpretes disponibles para aquellos que no hablen inglés). Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla deben marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone (VP) al 339-224-6831. También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a esta dirección: [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de MassHealth

Usted también tiene más derechos de apelación si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de MassHealth y ambas apelaciones fueron rechazadas. Puede pedir que un juez revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (hay intérpretes disponibles para aquellos que no hablen inglés). Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla deben marcar el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone (VP) al 339-224-6831. También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a esta dirección: [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

## J. Cómo presentar una queja

### J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja

El proceso de quejas se usa para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

#### Quejas sobre la calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

#### Quejas sobre la privacidad

- Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

#### Quejas sobre el mal servicio al cliente

- Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de Tufts Health One Care lo trató mal.
- Si cree que lo están echando del plan.

#### Quejas sobre la accesibilidad

- Si los servicios y las instalaciones de cuidado de salud en el consultorio de un médico o proveedor no son accesibles para usted.

#### En resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté conectada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.

Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Para obtener más información, consulte la Sección J3.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Su proveedor no ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de idioma de señas estadounidense.

#### **Quejas sobre la equidad de salud mental**

- Si los servicios de salud mental no están disponibles de la misma manera que están disponibles los servicios de salud física. Para obtener más información, consulte la Sección J4.

#### **Quejas sobre los tiempos de espera**

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Si los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud o Servicios al miembro y otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

#### **Quejas sobre la limpieza**

- Si le parece que la clínica, el hospital o el consultorio del proveedor no están limpios.

#### **Quejas sobre el acceso lingüístico**

- Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

#### **Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros**

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
- Ha solicitado recibir los comunicados en un formato alternativo (como en letras grandes, en Braille, en formato de audio, etc.) y no hemos respetado su petición.



**Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones**

- Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Si cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE).

**El término legal** para una “queja” es un **“reclamo”**.

**El término legal** para “presentar una queja” es **“interponer un reclamo”**.



## ¿Hay diferentes tipos de quejas?

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y este la revisa. Una queja externa se presenta y es revisada ante una organización no afiliada con nuestro plan. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marque el 711 de MassRelay para llamar al 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831).**

## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede presentar una queja en cualquier momento a no ser que sea sobre medicamentos de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, deberá presentarla **a más tardar en 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que se quiere quejar.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al miembro le informará.
- Usted también puede presentar su queja por escrito. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Usted o su representante designado pueden presentar un reclamo estándar o rápido de la siguiente manera:
  - **Teléfono:** 1-855-393-3154 (TTY: 711)
  - **Correo:** Tufts Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances  
PO Box 474  
Canton, MA 02021
  - **Correo electrónico:** a través de la sección "Comuníquese con nosotros" de nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org
  - **Fax:** 1-857-304-6342
  - **En persona:** 1 Wellness Way (Canton, Massachusetts), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

**El término legal para una "queja rápida" es "reclamo acelerado".**

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted, o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su petición sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura rápida o de apelación, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja, **le diremos** nuestros motivos. Le responderemos estemos o no de acuerdo con la queja.

### J3. Quejas externas

#### **Usted puede presentar su queja a Medicare**

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Usted puede presentar su queja a MassHealth**

Puede presentar una queja ante MassHealth. Usted puede hacerlo llamando al Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY (las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-800-497-4648.

#### **Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles**

Si le parece que le han tratado injustamente usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos. Por ejemplo, puede quejarse por falta de acceso para discapacitados o de asistencia con idiomas. El teléfono de la Oficina de

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish) para obtener más información.

Usted puede contactar con la Oficina de derechos civiles en: 1-800-368-1019 (TTY: 711).

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o marcar el 711 de MassRelay para llamar a 1-855-781-9898 o Videophone [VP] al 339-224-6831) o enviar un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org) para recibir asistencia.

### **Usted puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad**

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones.

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (**sin** presentarla a nosotros).
- Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se le da a los pacientes de Medicare. Para más información sobre la Organización para el Mejoramiento de Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-319-8452 (TTY: 711).

### **J4. Quejas sobre la equidad de salud mental**

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de cuidado administrado, incluso Tufts Health One Care, proporcionen servicios de salud del comportamiento a los miembros de MassHealth de la misma manera que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como “equidad”. En general, esto significa que debemos realizar lo siguiente:

1. Proporcionar el mismo nivel de beneficios para salud mental y trastornos relacionados con el uso de sustancias, así como para otros problemas físicos que pudiera tener.
2. No tener requisitos de PA y limitaciones de tratamiento más estrictos para la salud mental y trastornos relacionados con el uso de sustancias, en comparación con los requisitos para los servicios de salud física.
3. Proporcionarles a usted y a su proveedor los criterios de necesidad médica que usamos para una PA, cuando usted o su proveedor lo pidan; **Y**
4. Proporcionarle, en un plazo razonable, la razón por la que se denegó la autorización de servicios de salud mental o trastornos relacionados con el uso de sustancias.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Si le parece que no estamos ofreciendo equidad como se explicó anteriormente, usted tiene derecho a presentar una queja interna. Para obtener más información sobre quejas internas y cómo presentarlas, consulte la Sección J1.

También puede presentar una queja ante MassHealth. Usted puede hacerlo llamando al Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY (las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 711.



## Capítulo 10: Cómo terminar su participación en Tufts Health One Care

---

### Introducción

Este capítulo describe cuándo y cómo usted puede terminar su participación en Tufts Health One Care. También le da información sobre opciones de cobertura de salud si usted deja Tufts Health One Care. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Mientras siga siendo elegible para Medicare y MassHealth, puede dejar Tufts Health One Care sin perder sus beneficios de Medicare y MassHealth. Si usted tiene más de 65 años y decide dejar One Care, no podrá afiliarse a un plan One Care más adelante.

Si le parece que quiere terminar su participación en nuestro plan, hay algunas maneras en las que puede obtener más información sobre lo que pasará y cómo puede seguir recibiendo servicios de Medicare y MassHealth.

- Llame al Servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 711.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Comuníquese con un consejero de SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

### Tabla de contenidos

A. Cuándo puede usted terminar su participación en Tufts Health One Care.....	215
B. Cómo terminar su participación en nuestro plan.....	215
C. Cómo inscribirse en otro plan One Care.....	216
D. Cómo recibir los servicios de Medicare y MassHealth por separado .....	217
D1. Maneras de recibir sus servicios de MassHealth .....	217
D2. Maneras de recibir sus servicios de Medicare.....	217

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



E. Otras opciones .....	219
F. Continúe recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos por medio de nuestro plan hasta que su membresía termine .....	220
G. Otras circunstancias en que terminará su participación .....	220
H. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud o discapacidad .....	221
I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan.....	221



---

## A. Cuándo puede usted terminar su participación en Tufts Health One Care

Usted puede terminar su participación en Tufts Health One Care de One Care en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage o plan One Care, o al cambiarse a Medicare Original.

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su petición de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero, en este ejemplo). Si deja nuestro plan, puede obtener más información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla en la Sección D2.
- Los servicios de MassHealth en la tabla en la Sección D1.

Usted puede obtener información sobre cuándo usted puede terminar su participación llamando a:

- Servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 711.
- Un consejero de SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048.

---

## B. Cómo terminar su participación en nuestro plan

Si decide terminar su participación, llame a MassHealth o Medicare, y dígales que quiere dejar Tufts Health One Care.

- Llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 711, **O**
- Envíe a MassHealth un Formulario de decisión sobre la inscripción. Puede obtener el formulario en [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care) o llamar a 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. si quiere que se lo enviemos por correo, **O**

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Cuando Servicios al cliente de MassHealth está cerrado, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando termine su participación en nuestro plan en la tabla de la Sección D2.

Su cobertura de Tufts Health One Care terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

---

## C. Cómo inscribirse en otro plan One Care

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y MassHealth juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro plan One Care.

Para inscribirse en otro plan One Care:

- Inscribese en línea en: [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care)
- Llame al Servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 711.
- Dígales que desea dejar Tufts Health One Care e inscribirse en otro plan One Care. Si no está seguro de a qué plan quiere unirse, le pueden explicar sobre los planes One Care que hay en su área.
- Envíe a MassHealth un Formulario de decisión sobre la inscripción. Para obtener el formulario, visite [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care) o llame a 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. si quiere que se lo enviemos por correo.

Su cobertura de Tufts Health One Care terminará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## D. Cómo recibir los servicios de Medicare y MassHealth por separado

Si no quiere inscribirse en otro plan One Care después de abandonar Tufts Health One Care, usted volverá a recibir los servicios de Medicare y MassHealth por separado.

### D1. Maneras de recibir sus servicios de MassHealth

Podrá usar su tarjeta de MassHealth para recibir los servicios directamente de médicos y otros proveedores. Esto se denomina “pago por servicio”. Los servicios de MassHealth incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y cuidados de salud del comportamiento.

### D2. Maneras de recibir sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo recibe los beneficios de Medicare.

<p><b>1. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE)</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un plan de salud de Medicare o en el PACE.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al programa Servimos las necesidades de información de salud para todos (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370.</li> </ul> <p>Su cobertura de Tufts Health One Care terminará el último día del mes antes de que comience la cobertura del nuevo plan.</p>
--	---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



<p><b>2. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Llame al programa Servimos las necesidades de información de salud para todos (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.</li></ul> <p>Su cobertura de Tufts Health One Care terminará el último día del mes antes de que comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	---



<p><b>3. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>No se quede sin cobertura de medicamentos de receta, a menos que disponga ya de dicha cobertura a través de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Medicare Original y rechazar el plan de medicamentos de receta de Medicare por separado.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Llame al programa Servimos las necesidades de información de salud para todos (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.</li> </ul> <p>Su cobertura de Tufts Health One Care terminará el último día del mes antes de que comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

## E. Otras opciones

Algunas personas que deciden no unirse a un plan One Care pueden inscribirse en un tipo de plan diferente para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth juntos.

- Si tiene 55 años o más, usted podría ser elegible para inscribirse en el Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de ir a centros de enfermería.
- Si tiene 65 años o más cuando deje Tufts Health One Care, usted podría cumplir con los requisitos para unirse a un plan de Opciones para cuidado de adultos mayores (SCO).

Para obtener más información sobre los planes PACE o SCO, y saber si puede inscribirse a uno de ellos, llame al Servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) al 711. Siga recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth a través de nuestro plan hasta que termine su participación.

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



---

## F. Continúe recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos por medio de nuestro plan hasta que su membresía termine

Si abandona Tufts Health One Care, debe continuar recibiendo sus medicamentos recetados y su cuidado de salud a través de nuestro plan hasta el comienzo del siguiente mes.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado de salud.
- **Utilice nuestras farmacias de la red incluido nuestro servicio de pedidos de farmacia por correo para surtir sus recetas.**
- **Si usted está hospitalizado el día en que su membresía en Tufts Health One Care termina, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

---

## G. Otras circunstancias en que terminará su participación

Estos son los casos en los que MassHealth o Medicare deberán terminar su participación en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para MassHealth y el periodo de consideración de 2 meses ha terminado. Nuestro plan es para personas elegibles para Medicare y MassHealth.
- Si se inscribe en un programa de exención de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS) de MassHealth.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda a un centro de cuidados intermedio operado por el Departamento de Servicios del Desarrollo de Massachusetts.
- Si está en la cárcel o en prisión por algún delito criminal.
- Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
  - Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no cumple con los requisitos para quedarse con estas condiciones.
  - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Si tiene u obtiene otro seguro integral para medicamentos de receta o cuidados médicos.
- Si deja que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro para obtener cuidado.
  - Si su participación termina por este motivo, Medicare puede pedirle al inspector general que investigue su caso, y MassHealth podría pedir a la Oficina de Investigaciones Especiales que investigue su caso.

También podemos decirle que deje nuestro plan si se comporta constantemente de una manera tan problemática que no podamos proporcionarles cuidado médico a usted u otros participantes de nuestro plan. Solo podemos hacer que usted deje nuestro plan si primero obtenemos permiso de Medicare y MassHealth.

---

## H. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud o discapacidad

Si le parece que le hemos pedido que deje nuestro plan por algún motivo relativo a su salud o discapacidad, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días de la semana.

También debería llamar al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

También puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (gratuito), de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

- Use el servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
- Llame al 339-224-6831 para utilizar el servicio de videollamada. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.

También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a esta dirección [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

---

## I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan

Si tiene alguna pregunta o quiere más información sobre cuándo puede terminar su participación, puede llamar a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## Capítulo 11: Notificaciones legales

---

### Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que pueden aplicar a su participación en Tufts Health One Care. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Notificación sobre las leyes .....	223
B. Notificación sobre no discriminación.....	223
C. Notificación sobre Tufts Health One Care como pagador secundario.....	223
C1. Subrogación.....	224
C2. Derecho de reembolso del plan de salud .....	224
D. Aviso sobre prácticas de privacidad .....	225
D1. Aviso de prácticas de privacidad.....	225
D2. Cómo usamos y divulgamos su información .....	225
D3. Sus derechos con respecto a su información.....	230
D4. A quién contactar con preguntas o quejas .....	231



---

## A. Notificación sobre las leyes

Varias leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar a sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid y las leyes estatales sobre el programa Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes estatales y federales.

---

## B. Notificación sobre no discriminación

Nuestro plan y cada compañía o agencia que funciona con Medicare y MassHealth debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No lo discriminamos ni lo tratamos de forma diferente** por su edad, cantidad de reclamos, color, etnia, certificado de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Además, **no discriminamos a los miembros ni los tratamos de forma diferente** por sus apelaciones, su comportamiento, su identidad de género, su capacidad mental, los cuidados de salud que reciba o el uso de servicios.

Para obtener más información, también puede consultar el Capítulo 8, Sección B, “Nuestra responsabilidad para tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento”.

Si quiere más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish) para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local. 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de cuidado de salud o a un proveedor, llame a Servicios al miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso con silla de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarlo.

---

## C. Notificación sobre Tufts Health One Care como pagador secundario

A veces, otra persona o entidad tiene que ser el primero en pagar los servicios que usted recibe de nosotros. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidente laboral tiene que pagar primero. Luego, si es necesario, pagaremos nosotros.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



Tufts Health One Care tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos cuando otra persona o entidad tiene que pagar primero.

## C1. Subrogación

La subrogación es el proceso por el que Tufts Health One Care obtiene la devolución del costo total o parcial de su cuidado de salud de otro asegurador. Estos son ejemplos de otros aseguradores:

- El seguro de su vehículo o el seguro de propietario de casa
- El seguro del vehículo o el seguro del propietario de casa de una persona que le haya causado a usted una enfermedad o lesión
- Indemnización por accidente laboral

Si una compañía de seguros que no sea Tufts Health One Care debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Tufts Health One Care tiene derecho a pedir que ese asegurador le pague. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de Tufts Health One Care conforme a esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluida, entre otras, la cobertura de gastos médicos conforme a una póliza de seguro de automóvil o de vivienda, le proporcione cobertura de servicios de cuidado de salud.

## C2. Derecho de reembolso del plan de salud

Si usted obtiene dinero por alguna demanda o acuerdo judicial relacionado con una enfermedad o lesión, Tufts Health One Care tiene derecho a pedirle a usted que devuelva el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más de la cantidad de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

Como miembro de Tufts Health One Care, usted está de acuerdo con lo siguiente:

- Avisarnos de cualquier situación que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Tufts Health One Care.
- Cooperar con Tufts Health One Care cuando le pidamos información y asistencia con la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Tufts Health One Care con sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a Tufts Health One Care que investigue, pida y revele la información necesaria para efectuar tareas de coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en la medida en que lo permitan las leyes.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagar los costos en los que incurramos, incluyendo los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos conforme a este plan.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



---

## D. Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica, y cómo usted puede obtener esta información. Lea cuidadosamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

### D1. Aviso de prácticas de privacidad

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

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

Tufts Health Plan está obligado a notificarle 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 [www.tuftshealthplan.com](http://www.tuftshealthplan.com).

### D2. 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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



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.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- 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.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- 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 una 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.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



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 [www.tuftshealthplan.com](http://www.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.

### **D3. 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 tendrá que modificar esa información.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



***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 casos, 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 una 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.

**D4. 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](http://www.hhs.gov/ocr).

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo del *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, llame a Servicios al miembro.



**Acción adversa:** Una acción adversa es una acción o falta de acción por parte de Tufts Health One Care contra la que usted puede apelar. Esto incluye lo siguiente:

- Tufts Health One Care rechaza o aprueba un servicio limitado que solicitó su médico;
- Tufts Health One Care redujo, suspendió o terminó la cobertura que ya habíamos aprobado;
- Tufts Health One Care no pagó por un servicio o artículo que usted considera que es un Servicio cubierto;
- Tufts Health One Care no resolvió su pedido de autorización de servicio dentro de los plazos requeridos;
- Usted no pudo obtener un Servicio cubierto de un proveedor en la red de Tufts Health One Care en un tiempo razonable; **y**
- Tufts Health One Care no actuó dentro de los plazos para examinar una decisión de cobertura y tomar una decisión.

**Actividades de la vida diaria:** Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Apelación de Nivel 1:** La solicitud realizada por un miembro para que el plan revise una Acción adversa (también llamada Apelación interna).

**Apelación de Nivel 2:** Una apelación enviada a una organización independiente sin relación con el plan, para que revise la decisión del plan sobre una Apelación de Nivel 1 (primera etapa en una Apelación externa por un servicio de Medicare).

**Apelación:** Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para solicitar que cambiemos o cancelemos nuestra decisión. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9 se desarrollan las apelaciones y se explica cómo presentar una apelación.

**Área de servicio:** Un área específica cubierta por un plan de salud (algunos planes de salud aceptan miembros solamente si viven en cierta área). Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios rutinarios (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden acceder a Tufts Health One Care.

**Autorización previa (PA):** Una aprobación de Tufts Health One Care que debe recibir antes de poder obtener ciertos servicios o medicamentos, o acudir a un proveedor fuera de la red. Tufts Health One Care podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no recibe aprobación.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están indicados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si nosotros le proporcionamos PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están indicados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en el sitio web del plan.

**Auxiliar de salud en el hogar:** Una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios que ordene un proveedor). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos.

**Ayuda pagada en espera:** Usted puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”.

**Beneficios flexibles:** artículos o servicios que no están dentro de los Servicios cubiertos. Su plan de salud puede cubrir Beneficios flexibles según lo especificado en el Plan de cuidados individualizado (ICP) y con el fin de ayudarle a cubrir necesidades.

**Biosimilar:** Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

**Biosimilar intercambiable:** Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una receta nueva debido a que cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial para una sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

**Cancelación de inscripción:** El proceso para terminar su participación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida, por ejemplo, si ya no es elegible para el plan MassHealth).

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro que ofrece servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en el centro.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro de enfermería con personal y equipo que ofrece cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

**Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF):** Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con CMS.

**Consejo de Audiencias (BOH) de MassHealth:** El Consejo de Audiencias dentro de la Oficina de Medicaid de la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos (EOHHS).

**Continuidad del cuidado:** el período de tiempo en el que usted puede seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo los servicios actuales luego de convertirse en un miembro de Tufts Health One Care. El período de continuidad del cuidado dura 90 días o hasta que su evaluación completa y su Plan de cuidados individualizado (ICP) estén terminados.

**Coordinador de cuidado de salud:** La persona principal que trabaja con usted, con Tufts Health One Care y con sus proveedores de cuidados, para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.

**Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS):** Una persona que trabaja con usted y con su Equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que reciba los servicios y respaldos que necesita para tener una vida independiente.

**Cuidado de emergencia:** Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor entrenado para prestar estos servicios.

**Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF):** Servicios de cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en centros de enfermería especializada pueden incluir terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

**Cuidado necesario de urgencia:** Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Usted puede obtener cuidado necesario de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando debido al momento, lugar o circunstancia no es posible o razonable obtener servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad médica de recibir servicios inmediatos debido a una causa imprevista que no se considera una emergencia médica).

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos, y la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** Una decisión tomada por un plan, o uno de sus proveedores, en relación con la cobertura de servicios o sobre cuánto tiene que pagar por los servicios cubiertos. En este manual, a las determinaciones de la organización se les llama "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Emergencia:** Una situación médica que una persona común con un conocimiento promedio de salud y medicina consideraría que es tan grave que si no se obtiene cuidado médico inmediato podría llevar a la muerte, un mal funcionamiento de un órgano, la disfunción grave de una función del cuerpo, o, en el caso de una mujer embarazada, podría poner la salud física o mental de ella o de su bebé por nacer en riesgo grave. Los síntomas médicos de una emergencia son dolor intenso, dificultad para respirar o hemorragia incontrolable.

**Emergencia de salud pública (PHE):** Una emergencia de salud pública es cuando una enfermedad o condición de salud supone un riesgo sustancial al causar una cantidad significativa de muertes humanas o una discapacidad permanente o de larga duración. Las emergencias de salud pública incluyen la pandemia de la COVID-19 y la influenza, o "la gripe".

**Entidad de revisión independiente (IRE):** Organización independiente contratada por Medicare para revisar las Apelaciones externas (Nivel 2) si no decidimos totalmente a favor de su Apelación interna.

**Entrenamiento en competencia cultural:** Entrenamiento que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a entender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

**Equipo médico duradero (DME):** Ciertos elementos que su médico pide para que usted use en su casa. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Equipo para el cuidado de salud:** Un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que lo ayudarán a obtener el cuidado que necesita. Su Equipo para el cuidado de salud también lo ayudará a hacer un Plan de cuidados individualizado (ICP).

**Especialista en salud de la mujer:** Un especialista, como un obstetra o ginecólogo, dentro de la red de proveedores de Tufts Health One Care para servicios cubiertos en atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



**Especialista:** Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

**Evaluación de salud:** Una revisión del historial médico y la condición actual del paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

**Excepción:** Permiso para obtener cobertura para un medicamento que no está normalmente cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Facturación incorrecta/inadecuada:** Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care cuando obtenga servicios o recetas. Comuníquese con Servicios al miembro si recibe facturas que no entiende.

Debido a que Tufts Health One Care paga por el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada como costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.

**Farmacia de la red:** Una farmacia que ha aceptado surtir recetas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si usted las surte en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

**Hogar para personas de la tercera edad o centro de enfermería:** Un lugar que proporciona cuidados a las personas que no pueden recibirlos en sus hogares, pero que no necesitan ser hospitalizados.

**Hospicio:** Un programa de cuidado y respaldo para ayudar a personas con pronósticos médicos terminales a vivir cómodamente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Una persona que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores con entrenamiento especial ofrecen atención para la persona completa, que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los servicios incluyen enfermería, servicios de medicina social; asesoría, que incluye el proceso de duelo, dietética, espiritual y otros tipos de asesoría; terapia física, ocupacional y del habla; ama de casa y auxiliar de salud en el hogar; suministros médicos, medicamentos, suministros biológicos y cuidados como paciente hospitalizado a corto plazo.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



- Tufts Health One Care deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

**Información de identificación personal (PII):** Información que puede ser usada para distinguir o rastrear la identidad de un individuo, ya sea sola o combinada con otra información que está vinculada o puede ser vinculada con un individuo específico.

**Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI):** Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historial médico. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Tufts Health One Care para obtener más información sobre cómo Tufts Health One Care protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos respecto a su PHI.

**Inscripción:** El proceso para convertirse en miembro de nuestro plan.

**Límites de cantidad:** Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tomar. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta.

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos de receta cubiertos por Tufts Health One Care. Elegimos los medicamentos en la lista con la ayuda de los médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

**Manual del miembro y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, o cláusulas adicionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**MassHealth:** El programa de Medicaid de la Commonwealth de Massachusetts.

**Medicaid (o Asistencia médica):** Un programa operado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos.

- También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado. MassHealth es el programa de Medicaid de la Commonwealth de Massachusetts.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Médicamente necesario:** Servicios que son razonables y necesarios:

- para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; o
- para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación; o
- médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare.

De acuerdo con la ley y los reglamentos de Medicaid, y según MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:

- puede considerarse de manera razonable que previenen, diagnostican, evitan el agravamiento, alivian, corrigen o curan enfermedades que ponen en riesgo su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan alguna deformidad o disfunción física, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o producen una enfermedad o dolencia, y
- no hay otro servicio médico o lugar de servicio disponible que funcione igual de bien o que sea adecuado para usted y más económico.

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con las normas de cuidado de salud con reconocimiento profesional, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados con registros que incluyan pruebas de dicha necesidad médica y calidad.

**Medicamento de marca:** Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

**Medicamento genérico:** Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para describir todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** Lea el apartado “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** medicamentos que pueden tener cobertura en la Parte D de Medicare. (Consulte cuáles son los medicamentos cubiertos en la Lista de medicamentos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D, pero MassHealth podría cubrir algunos de estos medicamentos.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Medicamentos de venta sin receta médica (OTC):** Los medicamentos de venta sin receta médica son aquellos medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional médico.

**Medicare Original (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare):** Medicare ofrecido por el gobierno. Con Medicare Original, Medicare paga a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud. El Congreso determina los montos a pagar.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

**Medicare:** El programa federal de seguros de salud para: personas de 65 años de edad o más, menores de 65 años con determinadas discapacidades y aquellos que padecen enfermedad de los riñones en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (consulte el apartado “Plan de salud”).

**Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan):** Una persona que tiene Medicare y MassHealth y cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y MassHealth.

**Miembro de Medicare-Medicaid:** Una persona que cumple con los requisitos para obtener cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se llama “persona dualmente elegible”.

**Niveles de medicamentos:** Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Medicamentos genéricos, de marca, o medicamentos de venta sin receta médica (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentos está en uno de los cuatro niveles.

**Ombudsman:** Una persona u organización en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. My Ombudsman provee los servicios Ombudsman para los miembros de One Care. Puede obtener más información sobre My Ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



**Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):** Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Paciente hospitalizado:** Este término se utiliza cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

**Parte A de Medicare:** El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médico necesario de hospital, centro de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidado de hospicio.

**Parte A:** Consulte el apartado “Parte A de Medicare”.

**Parte B de Medicare:** El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

**Parte B:** Consulte el apartado “Parte B de Medicare”.

**Parte C de Medicare:** El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado plan Medicare Advantage.

**Parte C:** Consulte el apartado “Parte C de Medicare”.

**Parte D de Medicare:** El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas y algunos suministros para pacientes externos que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o MassHealth. Tufts Health One Care incluye la Parte D de Medicare.

**Parte D:** Consulte el apartado “Parte D de Medicare”.

**Plan de cuidados individualizado (ICP):** Un plan en el que se detallan los servicios que usted recibirá y cómo los recibirá.

**Plan de salud:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de cuidado de salud que lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece beneficios a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Producto biológico:** Un medicamento de receta elaborado con material natural o proveniente de seres vivos, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos ya que no es posible hacer copias exactas, por eso, las formas alternativas se denominan biosimilares (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

**Producto biológico original:** Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y funciona como producto comparativo de los fabricantes para elaborar una versión biológica similar. También denominado producto de referencia.

**Prótesis y dispositivos ortopédicos:** Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, arneses para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral o parenteral.

**Proveedor de cuidado primario (PCP):** Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero la mayoría de sus problemas de salud.

- Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse sano. Esta persona trabajará con su Equipo para el cuidado de salud.
- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y puede remitirlo a ellos.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de cuidado primario.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeras y otras personas que le proporcionan servicios y cuidados de salud. Este término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.
- Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no ha aceptado trabajar con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3 se detallan los proveedores o centros fuera de la red.

**Queja o Reclamo:** Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene inquietudes sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier preocupación sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

**Reclamo:** Consulte el apartado “Queja o Reclamo”.

**Red:** el grupo de proveedores de atención primaria, hospitales y otros proveedores con los que Tufts Health One Care tiene contrato para proveer atención a nuestros miembros .

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):** Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios al miembro:** Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al miembro.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos cuando hablamos de todo lo que incluye el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que obtiene para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante, incluyendo terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Servicios de salud del comportamiento:** Tratamientos para la salud mental y el uso de sustancias.

**Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS):** Asistencia que le permitirá permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



**Subrogación:** Un proceso de sustitución de un acreedor por otro, que se aplica si usted tiene derecho legal a recibir pago de una persona u organización porque otra parte fue responsable de su enfermedad o lesión. Podemos usar este derecho de subrogación, con o sin su consentimiento, para recuperar de la parte responsable o de su compañía de seguros, el costo de los servicios proporcionados o gastos incurridos por nosotros relacionados con su enfermedad o lesión.

**Terapia escalonada:** Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.



# Anexo A: Área de servicio de Tufts Health One Care

## Tufts Health One Care Mapa del Área de Servicio

El área de cobertura de Tufts Health One Care incluye el territorio continental de Massachusetts. Martha's Vineyard y Nantucket no están incluidos.



a Point32Health company

7356 Tufts Health One Care 08/23

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



2025

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



a **Point32Health** company