2026

Tufts Health One Care
(HMO D-SNP) Plan

Manual del Miembro

a Point32Health company

H5314_8023_C

080125

Manual del miembro de Tufts Health One Care

Del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura de salud y medicamentos con Tufts Health One Care (HMO D-SNP)

Introducción *al manual del miembro*

Este *manual del miembro,* también conocido como *evidencia de cobertura,* le informa sobre su cobertura con Tufts Health One Care hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias, la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **capítulo 12** de este *manual del miembro*.

Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en este *manual del miembro* se utiliza "nosotros", "nuestro" o "nuestro plan", se refiere a Tufts Health One Care.

Este documento está disponible gratis en español. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a servicios para miembros al número que aparece al final de esta página. La llamada es gratis.

Llame a servicios para miembros para solicitar materiales en otros idiomas que no sean inglés o en un formato alternativo, o para solicitar que los envíos futuros se hagan en el idioma o formato alternativo. Conservaremos su solicitud permanente en nuestros registros, por lo que no será necesario que realice una solicitud por separado cada vez. Asimismo, puede comunicarse con servicios para miembros para modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido.

Descargos de responsabilidad

- Tufts Health One Care es una HMO D-SNP que tiene un contrato con MassHealth (Medicaid) y Medicare. La inscripción en Tufts Health One Care depende de la renovación del contrato.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su *manual del miembro* para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Los beneficios pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.

- Nuestros medicamentos cubiertos, nuestra red de farmacias o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Capítulo 1: Introducción para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Tufts Health One Care, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) y su membresía en él. También le indica qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan 5

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid) 5

B1. Medicare 5

B2. MassHealth (Medicaid) 5

C. Ventajas de nuestro plan 6

D. Área de servicio de nuestro plan 7

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud 7

G. Su equipo de atención y su plan de atención 8

G1. Equipo de atención 8

G2. Plan de atención 8

H. Resumen de costos importantes 9

I. Este *manual del miembro* 9

J. Otra información importante que le proporcionamos 10

J1. Su tarjeta de identificación de miembro 10

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 10

J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 11

J4. La explicación de beneficios 12

K. Mantenga actualizado su registro de membresía 12

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)..... 13

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Tufts Health One Care es un plan One Care: MassHealth (Medicaid) más Medicare. Un plan One Care está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), proveedores de salud conductual, proveedores de trastornos por consumo de sustancias, organizaciones comunitarias que pueden ayudar con las necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de cuidado de la salud. En un plan One Care, un coordinador de atención trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Un coordinador de atención también le ayudará a gestionar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

One Care es un programa gestionado por Massachusetts y el gobierno federal para proporcionar un mejor cuidado de la salud a las personas que tienen tanto Medicare como MassHealth (Medicaid de Massachusetts).

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- Personas de 65 años o mayores.
- Algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades.
- Personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) está gestionado por Massachusetts y financiado por Massachusetts y el gobierno federal. MassHealth (Medicaid) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los gastos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- Qué se considera ingresos y recursos.
- Quién es elegible.
- Qué servicios están cubiertos.
- El costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando cumplan las normas federales.

Medicare y Commonwealth of Massachusetts aprobaron nuestro plan. Puede recibir los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan siempre y cuando:

- Sea elegible para participar en One Care.

- Ofrezcamos el plan en su condado.

Medicare y Commonwealth of Massachusetts nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No tiene que pagar nada adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) funcionen mejor en conjunto y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para satisfacer la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Tiene un equipo de cuidado que usted mismo puede formar: puede incluirlo a usted mismo, a su cuidador, a médicos, personal de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Se trata de una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- También puede optar por tener un coordinador de apoyos a largo plazo (LTS). Los servicios y apoyos a largo plazo están destinados a personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos.
- Un coordinador de LTS lo ayudará a encontrar y obtener los LTSS adecuados u otros servicios comunitarios o de salud conductual.
    - Tanto el coordinador de atención como el coordinador de LTS trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de atención trabajan con usted para crear un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención médica ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención médica se asegura de lo siguiente:
    - Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma para asegurarse de que está tomando los medicamentos adecuados y pueden reducir los efectos secundarios que pueda tener por los medicamentos.
    - En la mayoría de los casos, se le inscribirá en Tufts Health One Care para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a la solicitud de inscripción. En algunos casos, es posible que siga recibiendo los beneficios de MassHealth (Medicaid) de su cobertura anterior de MassHealth (Medicaid). Después de eso, recibirá sus servicios de MassHealth (Medicaid) a través de Tufts Health One Care.

No habrá ninguna interrupción en su cobertura de MassHealth (Medicaid). Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que aparece al final de la página.
- Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts: Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester. Consulte el anexo A para ver el mapa de nuestra área de servicio.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **capítulo 8** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella).
- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
- Sea actualmente elegible para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth.
- No esté inscrito en una exención de MassHealth Home y servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus iniciales en inglés).
- No tenga ningún otro seguro médico.

Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere en un plazo de 60 días, seguirá siendo elegible para nuestro plan.

Para obtener más información, llame a servicios para miembros.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, se le realiza una evaluación del riesgo de salud (HRA, por sus siglas en inglés), también conocida como "evaluación integral", en un plazo de 90 días a partir de su inscripción en el plan.

Debemos completar una HRA por usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales, así como preguntas sobre cualquier inseguridad alimentaria o de vivienda.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona en el lugar que usted elija, una llamada telefónica o una visita virtual.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si Tufts Health One Care es un plan nuevo para usted, puede seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se completen su HRA y su plan de atención médica personalizado (ICP, por sus siglas en inglés). Esto se denomina período de "continuidad de atención". Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare cuando se inscriba en nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a cambiar a otro medicamento si es necesario.

Después de los primeros 90 días, deberá utilizar los médicos y otros proveedores de la red Tufts Health One Care. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **capítulo 3** para obtener más información sobre cómo recibir atención de las redes de proveedores.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención médica puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita y desea. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otra persona de salud que usted elija. Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán su plan de atención médica personalizado (ICP).

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a gestionar la atención que necesita y desea. Usted obtiene un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

Trabajamos con Cityblock Health para brindarle servicios de coordinación de atención. En primer lugar, alguien del equipo de coordinación de atención de Cityblock le llamará para informarle sobre Cityblock. Le hará preguntas para conocer más sobre usted y sus objetivos. También lo ayudarán a programar su evaluación. La evaluación será presencial y estará a cargo de personal de enfermería titulado. Puede solicitar que su evaluación se realice por teléfono. Trabajará con el personal de enfermería para crear su ICP y encontrar áreas de su vida en las que pueda necesitar apoyo.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios y apoyos médicos, de salud conductual y a largo plazo.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- Los servicios que recibirá y cómo los obtendrá.

- Los servicios que necesita para su atención de salud física y conductual y los servicios y apoyos a largo plazo.
- Los proveedores que usa y los medicamentos que toma.
- Su lista de objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que pueda tener y las medidas necesarias para abordarlas.
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan acerca de los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que tal vez quiera considerar recibir. Su plan de atención médica se crea en función de sus necesidades y objetivos. Usted estará en el centro del proceso de elaboración de su plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención en caso de que haya algún cambio en los servicios de salud que necesita y desea. Su plan de atención también se puede actualizar a medida que sus objetivos o necesidades cambien a lo largo del año.

H. Resumen de costos importantes

No pagará ninguna prima mensual a Tufts Health One Care por su cobertura médica.

Si paga una prima a MassHealth (Medicaid) por CommonHealth, debe seguir pagando la prima a MassHealth para mantener su cobertura.

Es posible que los miembros que ingresan a un centro de enfermería deban pagar una cantidad a cargo del paciente para mantener la cobertura de MassHealth (Medicaid). La cantidad a cargo del paciente es la contribución del miembro al costo de la atención en el centro. MassHealth (Medicaid) le enviará una notificación detallada en caso de que se espere que pague una cantidad a cargo del paciente.

I. Este *manual del miembro*

Este *manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir todas las normas que figuran en este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *manual del miembro* llamando a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede consultar el *manual del miembro* que se encuentra en nuestro sitio web.

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que le proporcionamos

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care, información sobre cómo acceder al *directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Según nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Aquí hay un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a servicios para miembros al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de MassHealth (Medicaid) para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página. Las solicitudes de directorios de proveedores y farmacias en papel se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *directorio de proveedores y farmacias* en.

El *directorio de proveedores y farmacias* contiene información útil sobre nuestros proveedores y farmacias. Incluye detalles como direcciones de consultorios, números de teléfono, horarios de atención, si un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) acepta nuevos pacientes, idiomas que se hablan y mucho más.

También puede encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores utilizando nuestra herramienta para buscar un médico, hospital o farmacia. Solo tiene que ir a TuftsHealthPlan.com/find-a-doctor.

Si Tufts Health One Care es un plan nuevo para usted, puede seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se completen su evaluación integral y su plan de atención médica personalizado (ICP). Esto se denomina período de "continuidad de atención".

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red son los siguientes:

  Médicos, personal de enfermería y otros profesionales de cuidado de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.

  Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de atención médica en nuestro plan.

  Agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. No tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.

- Excepto en casos de emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan ayude a pagarlas.

Llame a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto servicios para miembros como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *lista de medicamentos* para abreviar. En ella se indican los medicamentos que cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *lista de medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su *lista de medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y sustituido tal y como se describe en el **capítulo 5, sección B.** Medicare aprobó la *lista de medicamentos* de Tufts Health One Care.

La *lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *lista de medicamentos*, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a servicios para miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. La *explicación de beneficios*

Cuando utiliza los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para que pueda comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

La EOB le indica el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. El **capítulo 6** de este *manual del miembro* ofrece más información sobre la EOB y cómo lo ayuda a llevar un control de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con servicios para miembros a los números que figuran al final de la página.

K. Mantenga actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos sus datos correctos en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de costo compartido. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o la compensación del trabajador.
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Admisión a un centro de enfermería u hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias.
- Cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted).

Si participa en un estudio de investigación clínica (**nota:** No es necesario que nos informe sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página.

También puede realizar cambios en su registro de membresía en línea. Nuestro portal para miembros es una herramienta de autoservicio que puede utilizar 24 horas al día, siete días a la semana. Regístrese en TuftsHealthOneCare.org.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)

La información que figura en su informe de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales nos obligan a mantener la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **capítulo 8** de este *manual del miembro*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención y otras personas que pueden representarle. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Servicios para miembros 15

B. Su coordinador de atención 18

C. Servicio para las necesidades de seguro médico de todos (SHINE, por sus siglas en inglés) 20

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 21

E. Medicare 22

F. MassHealth (Medicaid) 24

G. Ombudsman 25

H. Programa del Ombudsman de cuidados a largo plazo 26

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos 27

I1. Ayuda adicional de Medicare 27

J. Seguro Social 28

K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) 29

A. Servicios para miembros

POR TELÉFONO	**1-855-393-3154**. La llamada es gratis. Los representantes de servicios para miembros están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. Después del horario de atención y en días festivos federales, deje un mensaje y nos pondremos en contacto con usted el siguiente día hábil. Tenemos servicios gratuitos de intérpretes disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratis. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número. Los representantes de servicios para miembros están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. Después del horario de atención y en días festivos federales, deje un mensaje y nos pondremos en contacto con usted el siguiente día hábil.
POR CORREO	Tufts Health Plan Attn: Member Services P.O. Box 524 Canton, MA 02021-0524
CORREO ELECTRÓNICO	Siga el enlace https://tuftshealthplan.com/visitor/contact-us/members para enviar un correo electrónico a servicios para miembros. También puede escribirnos mediante el portal seguro para miembros.
SITIO WEB	TuftsHealthOneCare.org

Comuníquese con servicios para miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación.
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica.
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión acerca de:
    - Sus beneficios y servicios cubiertos**.**
    - El monto que pagamos por sus servicios de salud. **Nota**: Los miembros elegibles no tienen que pagar nada por los servicios cubiertos.

? **Si tiene alguna pregunta**, 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.

  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de su cuidado de la salud.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

- Apelaciones sobre su cuidado de la salud.
  - Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro* o comuníquese con servicios para miembros.

- Reclamos sobre su cuidado de la salud.
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores que no pertenecen a la red o los proveedores de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar un reclamo ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **sección F**).
  - Puede llamarnos y explicar su reclamo al 1-855-393-3154 (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.
  - Si su reclamo se refiere a una decisión sobre la cobertura de su cuidado de la salud, puede presentar una apelación llamando a servicios para miembros (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** reclamo o para que lo ayuden a presentar una apelación. (Consulte la **sección G** para obtener la información de contacto de My Ombudsman).
  - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su cuidado de la salud, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión acerca de:
    - Sus beneficios y medicamentos cubiertos**.**
    - El monto que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare, los medicamentos recetados de MassHealth (Medicaid) y los medicamentos de venta libre de MassHealth (Medicaid).
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

- Apelaciones sobre sus medicamentos.
  - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.
- Reclamos sobre sus medicamentos.
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos.
  - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

- El pago de los cuidados de la salud o los medicamentos que ya pagó.
  - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

B. Su coordinador de atención

Tufts Health One Care colabora con Cityblock Health para proporcionar servicios de coordinación de la atención. Su coordinador de atención es un profesional de cuidado de la salud dedicado, como el personal de enfermería o un asistente social. Su coordinador de atención actuará como su punto de contacto principal y coordinará sus servicios con sus proveedores, su familia, su representante designado y otros miembros de su equipo de atención.

En un plazo de 90 días desde que se convierta en miembro de Tufts Health One Care, recibirá una llamada de Cityblock para concertar una reunión con su coordinador de atención en su domicilio, por videoconferencia o en otro lugar si lo prefiere. Trabajarán en conjunto, junto con el resto de su equipo de atención, para desarrollar su plan de atención médica personalizado (ICP) y alcanzar sus objetivos personales.

Si desea cambiar de coordinador de atención, llame o escriba a servicios para miembros de Cityblock al número o la dirección que figuran en la tabla siguiente.

POR TELÉFONO	1-833-904-2273. La llamada es gratis. Los coordinadores de atención y los médicos de Cityblock estarán disponibles de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Si su coordinador habitual no está disponible, otro miembro del equipo de Cityblock atenderá su llamada. Fuera de este horario, 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 médico de guardia (si su solicitud es urgente). Con su permiso, los coordinadores de atención también pueden comunicarse con usted por mensaje de texto. Tenemos servicios gratuitos de intérpretes disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-720-3479. La llamada es gratis. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número. De 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
POR CORREO	Cityblock Health 100 Grove St; Suite 115 Worcester, MA 01603
CORREO ELECTRÓNICO	Si desea comunicarse por correo electrónico, consulte a su coordinador de atención médica. Él le indicará la dirección a la que debe escribir.
SITIO WEB	Cityblock.com

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre su cuidado de la salud.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual para trastornos por consumo de sustancias.
- Preguntas sobre el transporte.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios médicos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).
- Preguntas sobre cómo obtener ayuda con alimentos, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud.
- Preguntas sobre su plan de atención.
- Preguntas sobre las aprobaciones de los servicios que solicitaron sus proveedores.
- Preguntas sobre los beneficios de los servicios cubiertos flexibles y cómo se pueden solicitar.

C. Servicio para las necesidades de seguro médico de todos (SHINE, por sus siglas en inglés)

El programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo por sus siglas en inglés de "servicio para las necesidades de seguro médico de todos".

SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

POR TELÉFONO	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 *(solo en Massachusetts)* Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Póngase en contacto con SHINE para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre Medicare.
- Los asesores de SHINE pueden responder a sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
  - Comprender sus derechos.
  - Comprender sus opciones de planes.
  - Responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan.
  - Presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento.
  - Resolver problemas con sus facturas.

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Acentra Health. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

POR TELÉFONO	1-888-319-8452
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Acentra Health QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

- Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con lo siguiente:
- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud.
- Presentar un reclamo sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
  - Tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
  - Cree que su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
  - Cree que sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) están terminando demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y 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 es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. La llamada es gratis. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
POR CORREO	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de cuidado de la salud que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluyendo servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención prestada por los planes, residencias de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma muy en serio sus reclamos y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

F. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid de Massachusetts) ayuda con los costos médicos y de servicios y apoyos a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en MassHealth. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth (Medicaid), la información de contacto se encuentra a continuación.

POR TELÉFONO	1-800-841-2900
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Servicio al cliente de MassHealth 55 Summer Street Boston, MA 02110
CORREO ELECTRÓNICO	membersupport@mahealth.net
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth

G. Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder a sus preguntas o derivarlo al lugar adecuado para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarlo a resolver un problema o inquietud con One Care o su plan One Care, Tufts Health One Care. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará el problema y discutirá las opciones con usted para ayudarlo a resolverlo.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una forma formal de solicitar a su plan One Care, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.
- Puede llamar o escribir a My Ombudsman. Consulte el sitio web de My Ombudsman o póngase en contacto con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación y el horario de atención al público.

POR TELÉFONO	1-855-781-9898 (llamada gratuita)
MassRelay y videoteléfono (VP, por sus siglas en inglés)	Marque 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número. Videoteléfono (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
POR CORREO	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor Boston, MA 02111
CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

H. Programa del Ombudsman de cuidados a largo plazo

El programa del Ombudsman de cuidados a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre residencias de ancianos y a resolver problemas entre las residencias y los residentes o sus familias.

El programa del Ombudsman de cuidados a largo plazo no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

POR TELÉFONO	617-222-7495

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

I1. Ayuda adicional de Medicare

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos y recibe "ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario que haga nada para obtener esta "ayuda adicional".

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.medicare.gov

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para darle esta información.

POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de prestaciones para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Marque "0" para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Marque "1" para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar a este número. Las llamadas a este número no son gratis.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Capítulo 3: Utilizar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y normas específicos que debe conocer para obtener cuidados de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las reglas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 32

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 32

C. Su coordinador de atención 34

C1. Qué es un coordinador de atención 34

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados o su coordinador de apoyos a largo plazo 35

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención 35

D. Atención por parte de los proveedores 35

D1. Atención de un médico de atención primaria (PCP) 35

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 38

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 38

D4. Proveedores fuera de la red 39

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 40

F. Servicios de salud conductual para trastornos por consumo de sustancias 41

G. Cómo obtener atención autodirigida 41

G1. Qué es la atención autodirigida 41

G2. Quién puede obtener atención autodirigida 41

G3. Cómo solicitar que se envíe una copia de todas las notificaciones escritas a los participantes del equipo de atención que el miembro identifique 41

H. Servicios de transporte 41

I. Servicios dentales y oftalmológicos 43

I1. Dental 43

I2. Vision 43

J. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre 43

J1. Atención en caso de emergencia médica 43

J2. Atención de urgencia 45

J3. Atención durante un desastre 46

K. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos? 47

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 47

L. Cobertura de servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica 47

L1. Definición de un estudio de investigación clínica 47

L2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 48

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 48

M. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 49

M1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 49

M2. Atención prestada por una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 49

N. Equipo médico duradero (DME) 50

N1. DME como miembro de nuestro plan 50

N2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare 50

N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 51

N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA) 51

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son cuidado de la salud, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. El cuidado de la salud, la salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **capítulo 4** de este *manual del miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **capítulo 5** de este *manual del miembro*.

Los proveedores son médicos, personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago total. Acordamos con estos proveedores que le presten los servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan. Cuando utiliza un proveedor de la red, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto incluye salud conductual, LTSS y medicamentos recetados y de venta libre (OTC).

Nuestro plan pagará los servicios de cuidado de la salud, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra tabla de beneficios médicos en el **capítulo 4** de este *manual del miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, nos referimos a 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 malformada**.**
    - Por cualquier otra razón médicamente necesaria según la ley de Medicare.
- De acuerdo con la ley y la normativa de Medicaid y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios en los siguientes casos:

- Se puede calcular razonablemente que previenen, diagnostican, evitan el empeoramiento, alivian, corrigen o curan afecciones que ponen en peligro su vida, le causan sufrimiento o dolor, provocan deformidades o disfunciones físicas, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o dan lugar a enfermedades o dolencias.
- No hay ningún otro servicio médico o lugar de servicio disponible, que funcione igual de bien, que sea adecuado para usted y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares de cuidado de la salud reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan pruebas de dicha necesidad médica y calidad.

Si tiene preguntas sobre si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

- Para los servicios médicos, debe tener un **médico de atención primaria (PCP)** que forme parte de nuestra red (PCP de la red) y que le proporcione y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina **derivación**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
  - **Nota:** Durante los primeros 90 días con nuestro plan o hasta que se complete su plan de atención médica personalizado (ICP), puede seguir acudiendo a sus proveedores actuales, sin costo alguno para usted, si no forman parte de nuestra red. Esto se denomina período de continuidad de atención (COC, por sus siglas en inglés). Durante el período de COC, nuestro coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después del *período de COC*, ya no cubriremos su atención si decide utilizar proveedores fuera de la red.
  - **Debe recibir su atención de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Pero a veces esta regla no se aplica, por ejemplo:
  - No necesita derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, ni para utilizar los servicios de un proveedor de salud femenina. Puede recibir otros tipos de atención sin necesidad de una derivación de su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).

- **Debe recibir atención médica de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención médica de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba. A continuación, se indican algunos casos en los que no se aplica esta norma:
    - Cubrimos la atención de emergencia o la atención de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
    - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, debe obtener la autorización del plan antes de buscar la atención. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
    - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no está accesible. Si es posible, llame a servicios para miembros al número que aparece al final de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
    - Si necesita servicios de planificación familiar, puede obtenerlos de cualquier proveedor del plan One Care o de cualquier proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth (Medicaid). Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar, consulte el capítulo 4.
    - Cuando se inscriba por primera vez en el plan, puede seguir acudiendo a los proveedores que utiliza ahora durante el período de continuidad de atención (COC).
  - **Nota** para miembros embarazadas: Si se inscribe en Tufts Health One Care durante el embarazo, puede optar por permanecer con su proveedor actual de servicios obstétricos y ginecológicos hasta seis semanas después del parto, incluso si su proveedor está fuera de la red. Cubriremos todos los servicios obstétricos y ginecológicos médicamente necesarios hasta el parto. También cubriremos la atención posparto inmediata y las citas de seguimiento durante las primeras seis semanas después del parto.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan con el fin de proporcionarle servicios de coordinación de atención.

La coordinación de atención es un modelo que seguimos para gestionar sus necesidades de cuidado de la salud. Garantiza que todas las personas involucradas en su atención trabajen en estrecha colaboración. Permite que usted use los beneficios de Tufts Health One Care para obtener la atención y los servicios que necesita. La coordinación de atención también lo ayuda a conectarse con los recursos de la comunidad. Su coordinador de atención de Cityblock es su contacto principal para la coordinación de la atención. Consulte el capítulo 1, secciones F y G, para obtener más información.

Todas las personas que se inscriben en un plan One Care también tienen derecho a contar con un coordinador independiente de apoyos a largo plazo (LTS) en su equipo de atención.

Un coordinador de LTS trabajará con usted como miembro de su plan One Care para encontrar recursos y servicios en su comunidad que puedan apoyar sus objetivos de bienestar, independencia y recuperación. Estos servicios a veces se denominan servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los coordinadores de LTS también pueden ayudarlo a acceder a los recursos y servicios de salud conductual.

Los coordinadores de LTS no trabajan para los planes One Care. Provienen de organizaciones comunitarias 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 elegir que un coordinador de LTS trabaje con usted como miembro de pleno derecho de su equipo de atención en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados o su coordinador de apoyos a largo plazo

Llame a Cityblock Health al 1-833-904-2273 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., para ponerse en contacto con su coordinador de atención. Fuera de este horario, deje un mensaje y alguien le devolverá la llamada. El coordinador de atención también puede ayudarlo a comunicarse con el coordinador de servicios de apoyo a largo plazo (LTS).

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Puede solicitar cambiar su coordinador de atención en cualquier momento. Para hacerlo, llame a Cityblock al 1-833-904-2273 (TTY: 711) o escriba a esta dirección:

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

D. Atención por parte de los proveedores

D1. Atención de un médico de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP para que le proporcione y gestione su atención médica.

Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

- Un PCP es el proveedor principal que gestiona su atención médica.
- Puede elegir como PCP a un médico, personal de enfermería practicante o asistente médico de la red. Tenga en cuenta que una clínica no puede ser su PCP.
- Su PCP le realiza chequeos periódicos y se asegura de que reciba el cuidado de la salud que necesita.
- Su PCP sabe cuándo solicitarnos autorización antes de que usted pueda recibir cuidado de la salud. Esto puede deberse a que el servicio requiere autorización previa. También podría ser porque su PCP cree que usted necesita la atención de un proveedor que no está en nuestra red.

La función de un PCP en:

- Coordinar los servicios cubiertos.
- Tomar decisiones u obtener autorización previa (PA), si corresponde.

Su elección de PCP

Para buscar un PCP y ver dónde está el consultorio, visite 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 que lo ayuden a buscar y elegir un PCP. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

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 siguiente para obtener más detalles.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Para cambiar su PCP:

- Llame a su coordinador de atención al 1-833-904-2273 para que le 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. Cuando llama a servicios para miembros, los cambios de su PCP entran en vigor de inmediato.
- Visite TuftsHealthOneCare.org y utilice nuestro portal para miembros, una herramienta de autoservicio en línea. Todos los cambios de PCP realizados en línea surten efecto en un plazo de 24 horas.

Si su PCP u otro proveedor abandona nuestra red por cualquier motivo, haremos todo lo posible por notificárselo por escrito en un plazo de 15 días después de recibir la notificación de baja. Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y colaboraremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo. Consulte la sección D3 a continuación para obtener más información.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de utilizar otros proveedores. Esta aprobación se denomina **derivación**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin necesidad de obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios cubiertos que se necesitan con urgencia y requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dada la hora, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas rutinarias al proveedor que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a servicios para miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras está fuera del área.
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios rutinarios de cuidado de la salud para mujeres y planificación familiar. Esto incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Atención dental de rutina proporcionada por un dentista de la red.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede utilizar estos proveedores sin necesidad de una derivación.

Si no está seguro de si necesita una derivación para recibir un servicio o utilizar otro proveedor, pregunte a su coordinador de atención, PCP, o llame a servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratis.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas, tales como:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red

- Si necesita un especialista, primero debe hablar con su PCP sobre sus necesidades. Su PCP puede recomendarle a alguien y le proporcionará una derivación o solicitará una autorización previa, si es necesario.
- Una derivación es una autorización de su PCP para buscar atención de otro profesional del cuidado de la salud, generalmente un especialista, para recibir tratamiento o consulta.
- Ciertos especialistas, medicamentos, equipos, servicios y suministros requieren la autorización de Tufts Health One Care antes de que se presten los servicios. Su PCP u otro proveedor de la red es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de consultar con su PCP u otro proveedor de la red para asegurarse de que se haya proporcionado esta autorización o derivación. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de obtener una autorización o proporcionarle una derivación, dependiendo de los servicios que se presten.
- Si el especialista al que necesita acudir requiere autorización previa, su PCP o el especialista nos solicitarán permiso. La solicitud incluirá un intervalo de fechas si necesita autorización para recibir atención continua.
- Podemos aprobar, denegar o pedir a su proveedor que presente una solicitud de autorización previa diferente.
- Si no le damos nuestra aprobación por escrito para que consulte a un proveedor fuera de la red, no cubriremos los servicios. Usted tiene derecho a apelar esa decisión. (Consulte el capítulo 9 para obtener más información). Si aún así decide recibir los servicios, usted será responsable del pago. Consulte la tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D*, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.*

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores cualificados.

- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos en caso de que haya visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Lo ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe gestionando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red al que pueda acceder, debemos concertar una cita con un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. El especialista fuera de la red debe obtener la autorización previa de Tufts Health One Care antes de brindarle atención. Excepto en una emergencia o para servicios de urgencia, debe obtener una derivación de su PCP y la autorización previa del plan para recibir la atención fuera de la red. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si cree que no hemos sustituido a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención, o ambas cosas. (Consulte el **capítulo 9** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación).

D4. Proveedores fuera de la red

Si no hay un proveedor disponible dentro de la red, su PCP o proveedor de la red debe darle una derivación para que consulte con un proveedor fuera de la red. Usted o su representante autorizado también pueden presentar una solicitud a Tufts Health One Care. La autorización de Tufts Health One Care puede ser necesaria de acuerdo con el servicio que se prestará.
Si usted se atiende con proveedores fuera de la red sin una derivación o una autorización,

Tufts Health One Care no pagará por estos servicios. Consulte el capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias muy limitadas, nuestro plan permitirá que nuestros miembros se atiendan con proveedores fuera de la red.

Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que nuestro plan no tiene contratada actualmente. Contratamos a proveedores en toda nuestra área de servicio para garantizar el acceso a la atención médica de nuestros miembros. Debe obtener una derivación de su PCP y conseguir la autorización previa del plan para recibir la atención fuera de la red.

Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted puede recibir esta atención de un proveedor o un centro fuera de la red. Sin embargo, debe obtener la autorización del plan antes de buscar la atención. En esta situación, si se aprueba el servicio, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su PCP o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el capítulo 2, sección A, y busque la sección titulada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica".

Consulte la sección B anterior de este capítulo 3 para conocer otras circunstancias en las que nuestro plan cubrirá servicios fuera de la red sin derivación ni autorización previa.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o MassHealth (Medicaid).

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o MassHealth (Medicaid).
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son servicios que le permiten seguir viviendo de forma independiente en su hogar. Un coordinador de LTS es un experto en LTSS en su área. Esta persona es un recurso que puede tener en su equipo de atención.

Durante los primeros 90 días de este plan, su coordinador de atención completará su evaluación de salud. En ese momento, podrá trabajar con usted para seleccionar un coordinador de LTS. Si desea que un coordinador de LTS esté presente en su evaluación inicial de salud, su coordinador de atención se encargará de que así sea.

Si decide no incluir a un coordinador de LTS en su equipo de atención, puede solicitar uno más adelante. Póngase en contacto con su coordinador de atención para obtener más información sobre los LTSS y los coordinadores de LTS.

F. Servicios de salud conductual para trastornos por consumo de sustancias

Los servicios de salud conductual atienden sus necesidades de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias. Consulte las tablas de beneficios en el capítulo 4, sección D, para obtener más detalles.

Su coordinador de atención o coordinador de LTS puede ayudarlo a ponerse en contacto con los servicios de salud conductual de su zona. Su PCP también puede ayudarle a obtener los servicios de salud conductual adecuados a sus necesidades. También puede buscar proveedores en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en TuftsHealthOneCare.org.

G. Cómo obtener atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida significa que usted puede contratar y administrar a un asistente de cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés). Los servicios del PCA lo ayudan con las actividades de la vida diaria. Consulte las tablas de beneficios en el capítulo 4 para obtener más detalles.

G2. Quién puede obtener atención autodirigida

La atención autodirigida brinda apoyo a los miembros con discapacidades que viven de forma independiente. Esto incluye a los miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud. Su equipo de atención trabaja con usted para decidir si este servicio es adecuado para usted. Puede formar parte de su plan de atención médica personalizado (ICP). Su coordinador de atención puede ayudarlo a acceder a agencias de gestión de la atención personal (PCM, por sus siglas en inglés) para ayudarlo a encontrar la atención que necesita.

G3. Cómo solicitar que se envíe una copia de todas las notificaciones escritas a los participantes del equipo de atención que el miembro identifique

Envíe a su coordinador de atención una solicitud por escrito para que su equipo de atención obtenga copias de todas las notificaciones escritas relacionadas con su atención autodirigida.

H. Servicios de transporte

Puede obtener traslado gratuito para acudir a sus citas médicas. Tufts Health One Care también cubre el transporte por motivos médicos que no sean emergencias. Esto incluye el traslado de ida y vuelta a citas médicas, centros de urgencias y mucho más. Consulte "Transporte no urgente médicamente necesario" en el capítulo 4 de este *manual del miembro* para obtener más información.

Su plan de salud también cubre el transporte a servicios y actividades comunitarios que lo ayudan a mantener su independencia cuando estas necesidades están incluidas en su plan de atención. Consulte "Transporte (fines no médicos)" en el capítulo 4 de este *manual del miembro* para obtener más información.

Trabajamos con Coordinated Transportation Solutions (CTS) para satisfacer sus necesidades de transporte.

Hay 2 formas de programar un traslado:

1. Llame directamente a CTS al 1-833-242-3331 (TTY: 711)
2. Llámenos al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y seleccione las opciones para transporte

Asegúrese de tener la siguiente información a mano:

- Su número de identificación de miembro de Tufts Health One Care.
- El lugar de su cita.
- La fecha y la hora de su cita.
- Dónde quiere que el conductor lo recoja.
- Un número de teléfono o dirección de correo electrónico a través de los cuales el conductor pueda ponerse en contacto con usted.

Llame y programe el traslado con 48 horas de antelación. Cuando haga la reserva, pregunte por el tiempo estimado de recogida y espera. CTS lo llamará la noche anterior para recordarle el traslado. Los conductores lo llamarán cuando lleguen a recogerlo.

En algunas situaciones, puede programar traslados para el mismo día en que llama. Algunos ejemplos de visitas que pueden calificar para traslados el mismo día incluyen las siguientes:

- Citas de seguimiento.
- Admisiones o altas hospitalarias.
- Cirugía ambulatoria.
- Citas por afecciones médicas nuevas.
- Visitas a centros de atención de urgencia.

El día de su cita, debe estar en el lugar de la recogida entre 10 y 15 minutos antes de la hora programada.

Los servicios los debe prestar el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, llame a servicios para miembros a los números que figuran al pie de este *manual del miembro*.

I. Servicios dentales y oftalmológicos

I1. Servicios dentales

Nuestra atención dental se brinda a través de DentaQuest. Debe acudir a un profesional de servicios dentales participante en DentaQuest para todos los servicios dentales cubiertos. Pagamos los servicios cubiertos por Medicare, así como servicios adicionales que incluyen limpiezas, empastes, implantes y dentaduras postizas a través del Programa Dental de MassHealth (Medicaid). Consulte *servicios dentales* en el capítulo 4 de este manual para obtener más información. Es posible que necesite obtener una autorización previa antes de que cubramos algunos de estos servicios. Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, llame a DentaQuest al 1-855-418-1625 (TTY: 1-800-466-7566), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

I2. Servicios oftalmológicos

Pagamos los servicios cubiertos por Medicare, como los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. También cubrimos servicios adicionales bajo su beneficio de MassHealth (Medicaid), incluyendo exámenes oftalmológicos de rutina (una vez por año de beneficios) y un subsidio para la compra de lentes y monturas o lentes de contacto. Consulte la sección sobre **atención oftalmológica** en el capítulo 4 de este *manual del miembro* para obtener más detalles.

J. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre

J1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas tales como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina suponen que podría provocar:

- Un riesgo grave para su vida y, si está embarazada, la pérdida del feto**.**
- La pérdida o un daño grave de las funciones corporales**.**
- La pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad**.**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
  - El traslado a otro hospital puede suponer un riesgo para su salud o seguridad, o para la de su hijo no nacido.

Si tiene una emergencia médica:

Busque ayuda lo antes posible. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni la derivación de su PCP. No necesita utilizar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con la licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia. Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. También puede encontrar nuestro número de teléfono en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el capítulo 4.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el **capítulo 4** de este *manual del miembro*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su condición es estable y la emergencia médica terminó. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Nuestro plan también cubre la atención médica de emergencia en todo el mundo a través de su beneficio de MassHealth (Medicaid). Medicare no ofrece cobertura para servicios de atención de emergencia o urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual

Si tiene una emergencia de salud conductual, llame al 911, al 988 (la línea de prevención del suicidio y crisis) o acuda a la sala de emergencias más cercana. No se requiere autorización previa para recibir atención en la sala de emergencias. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D.

También puede llamar o enviar un mensaje de texto a la línea de ayuda de salud conductual de Massachusetts al 833-773-2445 o visitar masshelpline.com las 24 horas del día, los 365 días del año. Se ofrece interpretación en tiempo real en más de 200 idiomas.

Otra opción es acudir a su centro comunitario de salud conductual (CBHC, por sus siglas en inglés) local. Los CBHC son centros integrales que ofrecen una amplia gama de programas de tratamiento de trastornos de salud conductual y trastorno por consumo de sustancias. La red estatal incluye 25 CBHC en comunidades de todo Massachusetts. Los CBHC ofrecen atención inmediata para las necesidades de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias, tanto en situaciones de crisis como en el día a día. Encuentre el CBHC más cercano a usted en https://www.mass.gov/community-behavioral-health-centers/locations.

Siempre puede ponerse en contacto con su coordinador de atención al 1-833-904-2273 para que lo ayude a encontrar los servicios que necesita.

Recibir atención de emergencia cuando no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que acuda a recibir atención de emergencia y el médico le diga que en realidad no era una emergencia. Siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría un grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico le haya comunicado que no era una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Utiliza un proveedor de la red**.**
- La atención adicional que recibe se considera "atención de urgencia" y usted sigue las normas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

J2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es aquella que se recibe en situaciones que, aunque no son emergencias, requieren atención inmediata. Por ejemplo, puede tratarse de un brote de una enfermedad ya existente o de una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención médica de urgencia solo si:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red**.**
- Sigue las normas que se describen en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

En situaciones urgentes, llame a su PCP o proveedor de salud conductual. Puede comunicarse con cualquiera de las oficinas de sus proveedores las 24 horas del día, los siete días de la semana. Su proveedor debe atenderlo dentro de las 48 horas para citas de atención urgente.

Siempre puede ponerse en contacto con su coordinador de atención al 1-833-904-2273 para que lo ayude a encontrar los servicios que necesita. Cityblock también ofrece atención de urgencia por teléfono o a domicilio en este número. Los proveedores pueden revisar su historial médico, responder a sus inquietudes médicas o de salud y ofrecerle opciones de atención fuera del horario de atención regular o sin tener que acudir a la sala de emergencias.

Si su estado empeora antes de que su PCP o proveedor de salud conductual lo atienda, llame al 911, al 988 (línea de ayuda para suicidios y crisis) o acuda a la sala de emergencias. Si tiene alguna inquietud relacionada con la salud conductual, también puede llamar a cualquiera de los siguientes números para obtener ayuda: Su centro comunitario de salud conductual (CBHC) local. Visite https://www.mass.gov/community-behavioral-health-centers/locations para encontrar el CBHC más cercano.

La línea de ayuda de salud conductual de Massachusetts (BHHL, por sus siglas en inglés) al 833-773-2445; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Puede llamar o enviar un mensaje de texto a este número para obtener ayuda o chatear en línea en masshelpline.com.

Atención médica de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención médica de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención médica de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre la atención médica de urgencia en todo el mundo a través de su beneficio MassHealth (Medicaid). Medicare no ofrece cobertura para servicios de atención de emergencia o urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

J3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de Massachusetts, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: TuftsHealthOneCare.org.

Durante un desastre declarado, si no puede utilizar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información.

K. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro* para saber qué hacer.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero. Nota: Los miembros elegibles no tienen que pagar nada por los servicios cubiertos.

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

Que se determinen médicamente necesarios**.**

Que figuren en la tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **capítulo 4** de este *manual*)**.**

Que usted obtenga siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**.

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **capítulo 9** de este *manual del miembro* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a servicios para miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta un límite determinado. Si supera el límite, usted pagará el costo total para recibir más de ese tipo de servicio. Consulte el **capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a servicios para miembros para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto utilizó de sus beneficios.

L. Cobertura de servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

L1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o medicamentos. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir voluntarios para participar en ellos. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de la atención médica (la que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de

la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su médico de atención primaria. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE, por sus siglas en inglés). Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos lo comunique antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los inscriptos a Original Medicare, le recomendamos que usted o su coordinador de atención se pongan en contacto con servicios para miembros para informarnos que va a participar en un ensayo clínico.

L2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos rutinarios asociados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Alojamiento y manutención durante una estancia hospitalaria que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención médica.

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica, pagamos cualquier costo que Medicare no apruebe, pero que nuestro plan apruebe. Si forma parte de un estudio que Medicare **no** aprobó, usted paga cualquier costo por participar en el estudio.

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo "Medicare y los estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

M. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

M1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.

Este beneficio es solo para los servicios de hospitalización de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de la salud no médica).

M2. Atención prestada por una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no esté exigido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y sea obligatorio** en virtud de la legislación federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que presta la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención en un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de ingresar en el centro, o su estancia **no** estará cubierta.
  - No hay limitaciones de días para este beneficio. Consulte el capítulo 4, sección D, para obtener más información.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios recetados por un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital recetadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Algunos artículos de DME, como las prótesis, siempre son de su propiedad.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, normalmente **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente del tiempo que los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo de DME. Llame a servicios para miembros al número de teléfono que aparece al final de la página para obtener más información.

Incluso si tuvo DME durante un máximo de 12 meses consecutivos con Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

N2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios de este después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de pasar a ser propietarios de este.

Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare, o tendrá que realizar el número de pagos consecutivos establecido por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- No se convirtió en propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan.
- Abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo DME bajo Original Medicare o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan**.

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos en el marco de Original Medicare o una serie de nuevos pagos consecutivos establecidos por el plan MA para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando se vuelve a Original Medicare o a un plan MA.

N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para recibir el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a Original Medicare**, se lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses.
- Equipo de oxígeno y suministros durante un máximo de 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila a un proveedor durante 36 meses.
- A continuación, su proveedor le proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted abandone nuestro plan y se cambie a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite de esos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Sus servicios cubiertos 53

B. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 53

C. Acerca de la tabla de beneficios de nuestro plan 53

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 55

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 129

E1. Servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) bajo el modelo de pago por servicio ... 129

E2. Servicios de agencias estatales 129

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid) 130

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **capítulo 5** de este *manual del miembro*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **capítulo 3** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre las normas de nuestro 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 regulaciones de MassHealth (Medicaid) son uno de los factores que controlan los servicios y beneficios disponibles para usted. Para acceder a las regulaciones de MassHealth (Medicaid) haga lo siguiente:

- Visite el sitio web de MassHealth en www.mass.gov/masshealth.

  Llame al servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, TTY: 711 (para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

B. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por los servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro* o llame a servicios para miembros.

C. Acerca de la tabla de beneficios de nuestro plan

Tufts Health One Care ofrece cuidados a largo plazo y servicios domiciliarios y comunitarios a los miembros que necesitan servicios adicionales en su lugar de residencia. Los servicios domiciliarios y comunitarios se organizan a través de los puntos de acceso a servicios para la tercera edad (ASAP, por sus siglas en inglés) y los centros de vida independiente (ILC, por sus siglas en inglés) regionales.

La tabla de beneficios le indica los servicios que cubre nuestro plan. En ella se enumeran los servicios cubiertos en orden alfabético y se explican.

Pagamos los servicios que figuran en la tabla de prestaciones cuando se cumplen las siguientes normas. Usted **no** paga nada por los servicios que figuran en la tabla de prestaciones, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).

- Los servicios *(incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y de consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos*) deben ser "médicamente necesarios". El termino médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días es posible que no le exijamos que obtenga aprobación previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o de atención de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. El **capítulo 3** de este *manual del miembro* contiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención. [*Los planes que no requieren derivaciones, omitan el resto de este párrafo*:] En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina derivación. El **capítulo 3** de este *manual del miembro* contiene más información sobre cómo obtener una derivación y cuándo **no** la necesita.

- Si tiene una visita inesperada al hospital o una hospitalización, su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para conocer cualquier cambio en la medicación o el estado de salud. Trabajará con usted para asegurarse de que tiene lo que necesita para recuperarse en su hogar.

- Cubrimos algunos servicios que figuran en la tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). En la tabla de beneficios, marcamos en *cursiva* los servicios cubiertos que necesitan PA.

- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor que lo atiende.
- Algunos de los servicios de las Tablas de beneficios solo están cubiertos si usted y su equipo de atención *deciden que son adecuados para usted y están incluidos en su plan de atención médica personalizado (ICP).*
- Si se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos proporcionándole todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, lo ayudaremos en sus esfuerzos por recuperar su elegibilidad para Medicaid. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de que lo demos de baja de nuestro plan, deberá ponerse en contacto con nosotros para volver a inscribirse.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍎 muestra los servicios preventivos que figuran en la tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
🍎	**Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal** Pagamos una ecografía única para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, personal de enfermería practicante o clínico especialista.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Servicios de aborto Los servicios de aborto están cubiertos por su beneficio estatal MassHealth (Medicaid).	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura Pagamos los servicios de acupuntura: • Para tratar el dolor. • Como parte del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés). • Para las visitas al consultorio relacionadas con la evaluación y la planificación del tratamiento. Requerimos aprobación previa después de 20 tratamientos de acupuntura en cada año para el tratamiento del dolor o del SUD. Su proveedor también puede cambiar o interrumpir su plan de tratamiento si no mejora después de los primeros 4 tratamientos. • Para el dolor lumbar crónico, pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días. El dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • No es específico (no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, como estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa). • No está asociado con una cirugía**.** • No está asociado con el embarazo. También pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría en las primeras 12 visitas. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal y como se definen en el artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), el personal de enfermería practicante (NP)/personal de enfermería clínica especializada (CNS) (tal y como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se requiera autorización previa para servicios adicionales de acupuntura que superen las 20 visitas.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Acupuntura (continuación) • Un título de máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, por sus siglas en inglés). • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el District of Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo la supervisión adecuada de un médico, PA o NP/CNS, tal y como exigen nuestras normativas en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
	Servicios de salud diurnos para adultos El plan cubre los servicios prestados por proveedores de salud diurnos para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Servicios de enfermería y supervisión de la salud. • Terapia. • Asistencia con las actividades de la vida diaria. • Servicios nutricionales y dietéticos. • Servicios de asesoramiento. • Actividades. • Gestión de casos. • Transporte.	*Es posible que se requiera autorización previa.*
	Servicios de acogida para adultos mayores El plan cubre los servicios prestados por proveedores de acogida para adultos mayores en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: Asistencia con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuidado personal. Supervisión. Supervisión de enfermería.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Exámenes de detección y asesoramiento sobre el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos que consumen alcohol de forma excesiva, pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si está en condiciones y alerta durante el asesoramiento) con un médico de atención primaria (PCP) calificado o un médico en un centro de atención primaria.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto si se trata de una situación de emergencia como si no, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero) y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan atenderlo. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios de transporte al lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios de transporte al lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia están cubiertos en todo el mundo. Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no son de emergencia cubiertos por nuestro plan, consulte las secciones **Transporte que no es de emergencia médicamente necesario** y **Transporte** (con fines no médicos) que se incluyen más adelante en esta tabla.	*Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia y que se presten a más de 50 millas de la dirección de recogida.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Examen físico anual El examen físico anual es un examen más completo que la visita de bienestar anual. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, los pulmones, la cabeza y el cuello, y el sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos recetados; y una revisión de cualquier hospitalización reciente. Cubierto una vez por año calendario.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Visita anual de bienestar Puede realizarse un chequeo anual. El objetivo es crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos este servicio una vez por año calendario. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta de **Bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de **Bienvenida a Medicare** para recibir consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Servicios de audiología El plan cubre los exámenes y evaluaciones de audiología (audición).	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.* *No se requiere derivación para una prueba de audición rutinaria anual, pero debe utilizar un proveedor del plan.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico examine y comente los resultados.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Exámenes de detección del cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses. • Exámenes diagnósticos de mama para detectar cáncer de mama, tomosíntesis digital de mama y pruebas de detección médicamente necesarias y adecuadas con resonancias magnéticas de mama o ecografías de mama.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden médica. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su médico de atención primaria (PCP) para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • Le hable sobre el uso de la aspirina. • Le controle la presión arterial. • Le dé consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también verifican la presencia de alteraciones relacionadas con un alto riesgo de enfermedad cardíaca.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Pagamos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que tuvieron una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • Evaluación quiropráctica inicial. • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación, visitas al consultorio y servicios de radiología. • Tratamiento quiropráctico manipulativo y servicios de radiología. Cubrimos hasta 20 visitas al consultorio para el tratamiento quiropráctico manipulativo.	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que padecen dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Examen de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando pasaron al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando pasaron 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.	
	Servicios de los centros de salud comunitarios El plan cubre los servicios de un centro de salud comunitario. Algunos ejemplos son los siguientes: • Visitas al consultorio del médico de atención primaria y especialistas. • Obstetricia/ginecología y atención prenatal. • Servicios pediátricos, incluido los servicios de examen periódico, diagnóstico y tratamiento tempranos (EPSDT, por sus siglas en inglés). • Educación sobre salud. • Servicios médicos y sociales. • Servicios de nutrición, incluyendo la capacitación para el automanejo de la diabetes y tratamiento médico de nutrición. • Servicios para dejar de fumar. • Vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH, por sus siglas en inglés).	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de habilitación diurna El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted reúne los requisitos por tener una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicios que incluye sus metas y objetivos, así como las actividades que lo ayudarán a alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Servicios de enfermería y supervisión del cuidado de la salud. • Capacitación en habilidades de desarrollo. • Servicios de terapia. • Habilidades para la vida/capacitación para la vida diaria de adultos.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios dentales El plan cubre el cuidado de la salud bucodental preventiva, restauradora y de urgencia. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento con radiación de un cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: <u>Servicios preventivos y de diagnóstico:</u> • Preventivo (limpiezas). • Examen de rutina. • Radiografías. <u>Servicios restauradores:</u> • Empastes. • Coronas. • Tratamiento endodóntico. • Apicectomía/cirugía perirradicular. <u>Periodoncia</u>: • Gingivectomía o gingivoplastia. • Raspado periodontal y alisado radicular. <u>Prótesis removibles</u>: • Prótesis completa. • Prótesis parcial. • Rebase de prótesis completa. <u>Prótesis fijas</u> <u>Cirugía oral y maxilofacial:</u> • Extracciones (extracción de dientes). • Algunas cirugías orales, como biopsias y cirugía de tejidos blandos. • Alveoloplastia. • Cirugía bucal y maxilofacial. <u>Consultas de atención de emergencia</u> Implantes (limitado a 2 por año; uno por diente de por vida).	*Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir los servicios *dentales cubiertos por Medicare*. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión. Un proveedor de DentaQuest debe prestar los servicios. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con DentaQuest al 1-855-418-1625 (TTY: 1-800-466-7566).

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Examen de detección de la depresión Pagamos una prueba de detección de la depresión al año. El examen debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Examen de detección de la diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión). • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser apto para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ Un monitor de glucosa en sangre. ○ Tiras reactivas para medir la glucosa en sangre. ○ Dispositivos de lancetas y lancetas. ○ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año natural. ○ Un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos). En algunos casos, pagamos la formación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, póngase en contacto con los servicios para miembros. El plan cubre dos pares adicionales de zapatos terapéuticos a medida mediante los beneficios de MassHealth (Medicaid) para miembros que tienen enfermedad grave del pie diabético y cumplen con los requisitos definidos por Medicare. La cobertura incluye la prueba. 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 glucosa y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) están cubiertos por el beneficio médico del plan en las farmacias minoristas o de pedido por correo participantes. Cubrimos lo siguiente: Tiras reactivas Accu-Chek. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se necesite autorización previa para servicios y suministros para diabéticos.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (continuación) Medidores Accu-Chek (límite de cantidad: 1 medidor cada 180 días). CGM Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME).	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el **capítulo 12** de este *manual del miembro* para obtener una definición de "equipo médico duradero (DME)". Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas. • Muletas. • Sistemas de colchones eléctricos. • Suministros para diabéticos. • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. • Bombas y soportes para infusión intravenosa (IV). • Dispositivos generadores de voz. • Equipos de oxígeno y suministros. • Nebulizadores. • Andadores. • Bastones estándar con mango curvo o bastones de cuatro patas y suministros de repuesto. • Tracción cervical (sobre la puerta). • Estimulador óseo. • Equipos para diálisis. • Bombas para los senos. Es posible que otros artículos estén cubiertos. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Pagamos todo el DME médicamente necesario que suelen pagar Medicare y MassHealth (Medicaid). Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Para encontrar un proveedor de DME, consulte nuestro *directorio de proveedores y farmacias.* **Nota:** • Para obtener cobertura, el artículo o suministro debe **estar cubierto por el plan**; **ser médicamente necesario**; ser suministrado por un **proveedor de DME de la red**; y, en algunos casos, contar con una **autorización previa**. • Si necesita ayuda para determinar si los artículos o suministros están cubiertos, si se requiere autorización previa o si un proveedor de DME está dentro de nuestra red, llame a servicios para miembros.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga

	Atención de emergencia
	
	La atención de emergencia se refiere a los servicios que:
	• Son prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia.
	• Son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica.
	
	Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría esperar que provocara lo siguiente:
	• Un riesgo grave para su vida o la de su hijo no nacido.
	• Un daño grave a las funciones corporales.
	• La pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad.
	• En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
	  ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
	  ○ El traslado a otro hospital puede suponer un riesgo para su salud o seguridad, o para la de su hijo no nacido.
	
	La atención de emergencia está cubierta para los servicios médicos y de salud conductual o de uso de sustancias, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios, que sean necesarios para evaluar o estabilizar la afección médica de emergencia de un miembro.
	
	Los servicios de emergencia incluyen los servicios posteriores a la estabilización que se prestan después de que se haya estabilizado una emergencia con el fin de mantener la afección estabilizada o mejorar o resolver la afección del miembro. El médico de urgencias que atiende al miembro, o el proveedor que lo trata, es responsable de determinar cuándo el miembro está lo suficientemente estabilizado para ser trasladado.
	
	Su plan incluye cobertura mundial para la atención de emergencia.
		Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su emergencia se haya estabilizado, *debe recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor de MassHealth (Medicaid), para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • Exámenes y tratamientos médicos de planificación familiar. • Pruebas de laboratorio y diagnósticas de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condones, esponjas, espumas, películas, diafragmas, capuchones). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). • Asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas.	*No se requiere autorización previa para recibir servicios de planificación familiar proporcionados por un proveedor de la red o de MassHealth (Medicaid).* *Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Beneficios flexibles Los beneficios flexibles son artículos o servicios que no están cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid), que mejoran la salud y están documentados en el plan de atención médica personalizado (ICP). Si tiene preguntas sobre cómo los beneficios flexibles pueden ayudarle a alcanzar los objetivos de su plan de atención, comuníquese con su coordinador de atención.	*No se requiere autorización previa, pero la documentación debe incluirse en el plan de atención médica personalizado (ICP) del miembro.*
	Grupo de cuidado temporal de adultos El plan cubre los servicios prestados por proveedores del grupo de cuidado temporal de adultos para los miembros que reúnan los requisitos. Estos servicios se ofrecen en entornos residenciales grupales y pueden incluir lo siguiente: • Asistencia con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuidado personal. • Supervisión. • Supervisión de enfermería. • Gestión de la atención.	*Es posible que se requiera autorización previa.*
	Programas de educación de salud y bienestar **Membresía en YMCA** Pagamos la membresía en su centro de salud YMCA local, ubicado dentro de nuestra área de servicio en Massachusetts. Este beneficio se provee para promover la salud y el acondicionamiento físico en general, como también para ofrecer oportunidades de interacción social. • Incluye el acceso a centros y personal de apoyo. • Incluye acceso a clases de movimiento en grupo (tai chi, ejercicios en grupo, etc.) y programas de salud, según disponibilidad. Es posible que se apliquen costos adicionales. Comuníquese con su centro YMCA local para obtener más detalles. Si tiene más preguntas, hable con su coordinador de atención.	*No se necesita autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios auditivos, incluyendo prótesis auditivas Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor cualificado. El plan también cubre lo siguiente: • Un examen auditivo de rutina cada año calendario. • Suministro y dispensación de prótesis auditiva, baterías y accesorios. • Instrucciones sobre el uso, cuidado y manejo de los audífonos. • Moldeados de oído. • Impresiones de oído. • Préstamo de una prótesis auditiva, cuando sea necesario.	*No se requiere autorización previa para la mayoría de los servicios proporcionados por un proveedor de la red.* Algunas prótesis auditivas pueden requerir autorización previa. *Se requiere autorización previa para prótesis monaural (un oído) de más de $500 o binaural (dos oídos) de más de $1000. Se requiere autorización previa para todos los proveedores fuera de la red.*
	Exámenes de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • Solicitan una prueba de detección del VIH. • Tienen un mayor riesgo de infección por el VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de que pueda recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Pagamos los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial, discontinuos y continuos (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud a domicilio, los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Administración de medicamentos. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Servicios de asistencia médica a domicilio El plan cubre los servicios de un asistente médico a domicilio, bajo la supervisión de personal de enfermería titulado u otros profesionales, para los miembros que cumplan los requisitos. Los servicios pueden incluir lo siguiente: Cambios sencillos de vendajes. Asistencia con la medicación. Actividades de apoyo a terapias especializadas. Cuidado rutinario de prótesis y ortesis.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Terapia de infusión a domicilio Nuestro plan cubre la terapia de infusión a domicilio, definida como los medicamentos o sustancias biológicas que se administran por vía intravenosa o subcutánea y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio se necesita lo siguiente: • El medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina. • Equipo, como una bomba. • Suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención. • Formación y educación de los miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	*Es posible que se necesite autorización previa para ciertos medicamentos o sustancias biológicas.*
	Servicios médicos de relevo para personas sin hogar Tiene acceso a asistencia previa y posterior a la colonoscopia para prepararse y recuperarse después del procedimiento. Tiene acceso a asistencia para la recuperación después de problemas médicos agudos, gestión de casos y orientación sobre salud y derivación para abordar otras necesidades sanitarias y sociales, así como asistencia para planificar la transición a entornos comunitarios.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidados de hospicio Usted tiene derecho a elegir cuidados de hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. El médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Si decide recibir cuidados de hospicio en un centro de enfermería, Tufts Health One Care cubrirá el costo del alojamiento y la comida. **Los servicios de cuidados de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados de hospicio por los servicios de cuidados de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados de hospicio, su proveedor facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. No pagará nada por estos servicios. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*No se necesita autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidados de hospicio (continuación) **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro*. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio, llame a su coordinador de cuidados y/o a servicios para miembros para coordinar los servicios. Los cuidados que no son de hospicio son aquellos que **no** están relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
	Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. Pagamos otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el **capítulo 6** de este *manual del miembro* para obtener más información.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Enfermería independiente El plan cubre la atención prestada por una persona de enfermería independiente en su hogar. Esto incluiría una visita de enfermería de más de dos horas continuas de servicios de enfermería para personas que viven en la comunidad.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Cuidado de la salud conductual para pacientes hospitalizados Servicios para pacientes hospitalizados, tales como: • Servicios de cuidado de la salud conductual para pacientes hospitalizados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda. • Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por consumo de sustancias. • Camas para pacientes en observación o espera. • Servicios diurnos necesarios desde el punto de vista administrativo. • Para los servicios de cuidado de la salud conductual/trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados, es posible que se le exija utilizar el hospital designado por su médico de atención primaria (PCP/PCT) para los servicios de cuidado de la salud conductual. Esto puede requerir un traslado desde el hospital que utiliza su PCP/PCT para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para servicios de cuidado de la salud conductual. Conforme a este plan, no hay límite de por vida en cuanto al número de días que un miembro puede permanecer en un centro de cuidado de la salud conductual para pacientes hospitalizados.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye hospitalización por agudos, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Dispositivos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios de hospitalización por trastornos por consumo de sustancias. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, pulmón/corazón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se requiera autorización previa antes de recibir cierta atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.* *No se requiere autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por motivos de salud conductual, como los servicios para pacientes hospitalizados con trastorno por consumo de sustancias.* Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para este procedimiento. 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, entonces usted puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide recibir su trasplante allí, nosotros organizaremos o pagaremos los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
	Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de cuidado de la salud conductual que requieren hospitalización. Medicare cubre hasta 90 días por período de beneficio, con un límite de hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica durante toda la vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Los beneficios estándar de MassHealth (Medicaid) cubren todas las estancias aprobadas que superen el límite de Medicare.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Estadía de pacientes hospitalizados: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una estancia de pacientes hospitalizados no cubierta Pagamos los siguientes servicios mientras usted se encuentra en el hospital o en un centro de enfermería, y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios médicos. • Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio. • Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y servicios técnicos. • Vendaje quirúrgico. • Entablillados, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos, excepto los dentales, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Se trata de dispositivos que sustituyen total o parcialmente: Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo). La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, reparaciones y sustituciones necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en su estado de salud. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención institucional Servicios tales como enfermería, trabajo social médico, asistencia con las actividades de la vida diaria, terapias, nutrición y medicamentos y productos biológicos proporcionados en un centro de enfermería especializada u otro centro de enfermería. Se realiza un seguimiento de los miembros a lo largo de toda la atención médica, incluido el tiempo que pasan en un centro de enfermería especializada o en un centro de cuidados a largo plazo. Tufts Health One Care lo dirigirá a centros seleccionados para gestionar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden incluir personal de enfermería practicante o un médico asignado, gestores de atención basados en el centro y en la comunidad, y especialistas. Usted trabajará con su equipo de atención primaria (PCT, por sus siglas en inglés) para seleccionar un centro de entre las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso completo a los centros de la red para estos servicios. Las exclusiones incluyen los casos en los que el cónyuge vive en el centro que usted solicita o si usted vive actualmente en un centro y se une a nuestro programa.	*Usted paga $0 por los servicios cubiertos, a menos que MassHealth (Medicaid) determine que tiene un monto mensual a cargo del paciente (PPA, por sus siglas en inglés) del cual es responsable. Debe pagar el PPA directamente al centro de enfermería.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga

	Servicios y suministros para enfermedades renales
	
	Pagamos los siguientes servicios:
	
	• Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñarle cómo cuidar sus riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención médica. Debe tener una enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales.
	
	• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el **capítulo 3** de este *manual del miembro*, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente.
	
	• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si usted fue ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales.
	
	• Capacitación para la autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar.
	
	• Equipos y suministros para diálisis en el hogar.
	
	• Ciertos servicios de apoyo en el hogar como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua.
	
	  • Laboratorio.
	
	  • Cambio de tubos y adaptadores.
	
	  • Hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal cíclica continua y diálisis peritoneal ambulatoria continua.
	
	La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla.
		No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga la detección del cáncer de pulmón cada 12 meses en los siguientes casos: • Si tiene entre 50 y 77 años. • Si acude a una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Si fumó al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o si fuma actualmente o dejó de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide proporcionar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Terapia médica de nutrición El plan cubre la terapia de diagnóstico nutricional y los servicios de asesoramiento para ayudarlo a controlar una afección médica (como la diabetes o la enfermedad renal).	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Transporte no urgente médicamente necesario El plan cubre el transporte que usted necesita por razones médicas que no sean emergencias. Esto incluye servicios de transporte en silla de ruedas, taxi, transporte público y ambulancia (terrestre) según sea necesario para ayudarlo a llegar a un servicio que pagamos (dentro o fuera del estado). Consulte el capítulo 3, sección H, de este *manual del miembro* para obtener más información sobre cómo programar un viaje con el proveedor aprobado por el plan.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar un estilo de vida más saludable. Ofrece formación práctica en los siguientes ámbitos: • Cambio alimenticio a largo plazo. • Aumento de la actividad física. • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o se administran por vía intravenosa mientras recibe servicios médicos, ambulatorios hospitalarios o de centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizado por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento por su cuenta. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se necesite autorización previa para ciertos medicamentos o sustancias biológicas.* Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada, incluyendo de la Parte B a la Parte B, de la Parte B a la Parte D y de la Parte D a la Parte B.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se comercialicen nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se utilizan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) cubiertos por la Parte B de Medicare si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, lo que incluye la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Procrit® y Retacrit®). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). El siguiente enlace le lleva a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://www.point32health.org/provider/medical-benefit-drug-medical-necessity-guidelines. También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. **El capítulo 5** de este *manual del miembro* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las normas que debe seguir para que se cubran las recetas. El **capítulo 6** de este *manual del miembro* explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería Un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir cuidados en su hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que suelen ofrecer los centros de enfermería. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería (continuación) • Servicios médicos/profesionales. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluyendo dentaduras postizas. • Beneficios oftalmológicos. • Exámenes auditivos. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. Por lo general, usted recibe atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención médica en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: Un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde atención en centros de enfermería). Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que reciba el alta del hospital.	
	Detección y tratamiento de la obesidad para mantener el peso bajo Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede gestionar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • Actividades complementarias. • Evaluaciones periódicas. • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) y, si corresponde, administración y entrega de estos medicamentos. • Asesoramiento para el trastorno por consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en su organismo (pruebas toxicológicas). ***Nota**: Los servicios OTP también se conocen como "tratamiento asistido con medicamentos" (MAT, por sus siglas en inglés).*	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.* *Es posible que se requiera autorización previa para ciertos medicamentos.*
	Servicios ortopédicos El plan cubre aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para sostener o corregir la forma o función del cuerpo humano.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Exámenes diagnósticos ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las solicite para tratar una afección médica • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	*Es posible que se requiera autorización previa*.
	Medicamentos para pacientes ambulatorios Lea el **capítulo 5** para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el **capítulo 6** para obtener información sobre lo que debe pagar por los medicamentos.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga

	Servicios hospitalarios ambulatorios
	
	Pagamos los servicios médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que reciba en el departamento ambulatorio de un hospital, tales como los siguientes:
	• Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, tales como cirugía ambulatoria o servicios de observación.
	  ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a determinar si necesita que lo ingresen en el hospital como "paciente hospitalizado".
	  ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio".
	  ○ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Beneficio.pdf.
	• Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital.
	• Cuidado de la salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella sería necesario un tratamiento hospitalario.
	• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.
	• Suministros médicos, como entablillados y yesos.
	• Exámenes y servicios preventivos que figuran en la tabla de beneficios.
	• Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.
		Es posible que se requiera autorización previa.
		
		Nota: Consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios".
		
		Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidado de la salud conductual para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de cuidado de la salud prestados por los siguientes profesionales: • Un psiquiatra o médico con licencia estatal. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un asesor profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés). • Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés). • Personal de enfermería practicante (NP, por sus siglas en inglés). • Un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés). • Cualquier otro profesional de cuidado de la salud conductual calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables. El plan cubre servicios que incluyen lo siguiente: • Tratamiento individual, grupal y de parejas/familias. • Visita de control farmacológico. • Evaluación de diagnóstico. • Consulta familiar. • Consulta de casos. • Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes hospitalizados. • Visita puente para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Tratamiento de acupuntura. • Terapia de reemplazo de opioides. • Desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d). ***Este beneficio continúa en la página siguiente.***	Es posible que necesite una derivación de su PCP antes de recibir determinados servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Cuidado de la salud conductual para pacientes ambulatorios (continuación) • Evaluación psicológica. • Terapia dialéctica conductual. • Servicios de salud conductual de intervención en crisis basados en el departamento de emergencias. • Terapia electroconvulsiva. • Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS, por sus siglas en inglés). • Especialización. Tiene la opción de obtener 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.	
	Servicios de rehabilitación y terapia para pacientes ambulatorios Pagamos los gastos de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, así como las evaluaciones integrales relacionadas. Puede recibir servicios de rehabilitación y terapia para pacientes ambulatorios en los departamentos ambulatorios de los hospitales, en consultorios de terapeutas independientes, en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y en otras instalaciones.	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por consumo de sustancias Pagamos los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no figuren en esta lista: • Exámenes de detección y asesoramiento sobre el consumo excesivo de alcohol. • Tratamiento por consumo indebido de drogas. • Asesoramiento grupal o individual por parte de un médico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones. • Servicios relacionados con el alcohol o las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios. • Tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol). Tiene la opción de obtener 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.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Cirugía ambulatoria Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. El plan cubre los servicios de reasignación de género. Los servicios pueden incluir lo siguiente: mastectomía, aumento de senos, histerectomía, salpingectomía, ooforectomía o cirugía reconstructiva genital. Los servicios y procedimientos que se consideran cosméticos y la cirugía de reversión de reasignación de género no están cubiertos. Su proveedor deberá presentar sus registros médicos para su revisión. Para obtener más información, comuníquese con su equipo de atención. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio.	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tarjeta Instant Savings para artículos de venta libre (OTC) • Medicamentos de venta libre (OTC) y medicamentos recetados: Consulte la "Lista de medicamentos" OTC. • Cobertura adicional para recetas OTC. Además de la "Lista de medicamentos" OTC, Tufts Health One Care ofrece cobertura para los siguientes medicamentos OTC con receta: Tiene cobertura adicional para los siguientes artículos OTC/con receta: • Metilsulfonilmetano (MSM). • Glucosamina/Condroitina/MSM. • Glucosamina/MSM. • Condroitina/MSM. • Omega 3/Aceite de pescado. • Benzonatato. • Robitussin Cough + Chest Congestion DM (líquido). • Mucinex de 600 mg. • Parche tópico de lidocaína al 4 %. Se dispensarán medicamentos OTC sin marca (genéricos), a menos que Tufts Health One Care apruebe lo contrario**. Consulte el formulario.** **Artículos de venta libre (OTC) + Artículos diarios de salud e higiene + Alimentos saludables: tarjeta Instant Savings** Con este beneficio, recibirá una **tarjeta Instant Savings** prepaga con crédito trimestral. La tarjeta se recargará con crédito cada trimestre para ayudarlo a pagar los artículos elegibles, incluidas las marcas nacionales y de tienda en las siguientes categorías: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.* Usted paga $0 por los medicamentos OTC cubiertos. Antes de recibir medicamentos OTC, primero debe obtener una receta de su proveedor tratante. Recibirá un crédito de $155 al comienzo de cada trimestre en enero, abril, julio y octubre, para usar en artículos aprobados. Si el costo de los artículos aprobados excede el límite de beneficio de $155 por trimestre calendario, usted será responsable de todos los costos adicionales.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Tarjeta Instant Savings para artículos de venta libre (OTC) (continuación) • Alimentos y comestibles saludables aprobados por el plan, como alimentos frescos, lácteos, productos secos, cajas de productos agrícolas y bebidas. ○ Medicamentos o artículos de venta libre (OTC) elegibles para Medicare, como suministros de primeros auxilios, cuidado dental, suministros para síntomas de resfriado y protección solar. • Medicamentos o artículos de venta libre (OTC) elegibles para MassHealth (Medicaid), incluidos los que se utilizan a diario para el cuidado personal, la salud o la higiene, como champú, acondicionador, desodorante y jabón. • Otros artículos aprobados, como kits de prueba de COVID para el hogar, audífonos OTC, sábanas de hospital y naloxona (o Narcan) OTC. Los créditos se cargan el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y se vencen el último día de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). Puede usar su tarjeta Instant Savings para pagar por los artículos elegibles como se describe a continuación. **Compre en tiendas:** Use su tarjeta Instant Savings en las tiendas físicas participantes, como CVS Pharmacy, Dollar General, Walmart, Walgreens, Stop & Shop, Star Market y Family Dollar. Para obtener una lista completa de las tiendas minoristas participantes y sus ubicaciones, visite **TuftsHealthPlan.com/mybenefitscenter**. Seleccione "Locations" en la parte superior de la página de inicio para buscar las tiendas participantes más cercanas. Cuando utilice su tarjeta Instant Savings, el costo de todos los artículos elegibles se deducirá automáticamente hasta el saldo restante de su tarjeta. Usted será responsable de los costos de todos los artículos que no sean elegibles o de los costos de los artículos elegibles que excedan su saldo restante en el momento de la compra. Puede descargar y utilizar la aplicación móvil OTC Network® para realizar un seguimiento del saldo de su tarjeta y encontrar fácilmente artículos elegibles cuando compre **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	El saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se transferirá al siguiente.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tarjeta Instant Savings para artículos de venta libre (OTC) (continuación) en tiendas participantes. También puede utilizar la aplicación móvil OTC Network® para pagar artículos elegibles mediante la función "Scan to Pay". La aplicación móvil OTC Network® está a su alcance, 24 horas al día, siete días a la semana. **Compra en línea:** Ingrese a **TuftsHealthPlan.com/mybenefitscenter**, inicie sesión con el número que figura en su tarjeta Instant Savings y el número de identificación de miembro que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health One Care. Puede buscar artículos elegibles, incluidas marcas nacionales y de tienda, haciendo clic en "Products" en la parte superior de la página de inicio. Para comprar en línea, seleccione "Locations" en la parte superior de la página de inicio y, a continuación, seleccione "Online" en el panel izquierdo para ver los enlaces a CVS Health, Medline, Walmart.com y Walgreens.com. Haga clic en el enlace del sitio web en el que desea comprar y siga las instrucciones que se indican a continuación para comprar en ese sitio web. Nota**:** Las compras realizadas en otros sitios web minoristas no son elegibles. • **CVS Health** Haga su pedido en línea en el sitio web de CVS Health o llame al 1-833-875-1816 de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 11:00 p. m., y un representante de CVS Health tomará su pedido. • **Medline** Haga su pedido en línea en el sitio web de Medline o llame al 1-833-569-2330 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. (hora del Este), y un representante de Medline tomará su pedido. • **Walmart.com** Haga su pedido en línea en Walmart.com. Al finalizar la compra, seleccione "pay with card" e introduzca el número de su tarjeta Instant Savings. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	• **Tarjeta Instant Savings para artículos de venta libre (OTC) (continuación)** • **Walgreens.com** Haga su pedido en línea en Walgreens.com. Al finalizar la compra, introduzca el número de su tarjeta Instant Savings donde se le solicite el número de la tarjeta. CVS Health y Medline son sitios web seleccionados en los que solo se pueden comprar artículos elegibles. Los artículos OTC que pida en estos sitios web en línea o por teléfono se entregarán sin gastos de envío adicionales aproximadamente entre 2 y 5 días hábiles después de recibir el pedido. Walmart.com y Walgreens.com no son sitios seleccionados, por lo que podrá comprar tanto artículos elegibles como otros no elegibles. Sin embargo, su tarjeta Instant Savings solo se puede utilizar para pagar artículos elegibles hasta el saldo de su tarjeta en el momento de la transacción. Puede pagar los artículos no elegibles con otra forma de pago, como una tarjeta de crédito personal o en efectivo. Además, es posible que se apliquen gastos de envío en función del tamaño de su pedido, que no estarán cubiertos por su tarjeta Instant Savings. Para evitar cargos de envío, elija la opción de recoger en la tienda.	
	Equipos de oxígeno y terapia respiratoria El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, recargas y alquiler de equipos de oxigenoterapia.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios **La hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud conductual, y es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional licenciado. Puede ayudarlo a evitar tener que permanecer en el hospital. **El servicio intensivo para pacientes ambulatorios** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual que se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	*No se necesita autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de asistente de cuidado personal El plan cubre los servicios de asistente de cuidado personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria si usted reúne los requisitos. Estos incluyen, por ejemplo: • Bañarse. • Preparar comidas y comer. • Vestirse y asearse. • Gestión de medicamentos. • Desplazarse de un lugar a otro. • Ir al baño. • Traslados. • Lavandería. • Tareas domésticas. Usted mismo puede contratar a un trabajador para que lo ayude con las tareas prácticas. El plan también puede pagar a un trabajador para que lo ayude con otras tareas que no requieren ayuda práctica. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y se incluirá en su plan de atención médica personalizado (ICP).	*Es posible que se requiera autorización previa.* Antes de recibir los servicios de asistente de cuidado personal (PCA), primero debe hablar sobre estos servicios con su coordinador de cuidados o coordinador de LTS.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga

	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico
	
	Pagamos los siguientes servicios:
	• Servicios de cuidado de la salud o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares tales como:
	  ○ Consultorio médico.
	  ○ Centro quirúrgico ambulatorio certificado.
	  ○ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital.
	• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.
	• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de atención primaria ***o*** especialista, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento.
	
	Este beneficio continúa en la página siguiente.
		Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios.
		
		Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir servicios de especialistas en persona o a través de Telehealth. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o mediante Telehealth. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante Telehealth, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante Telehealth. • Ciertos servicios de Telehealth, incluyendo visitas médicas, de salud conductual, de salud auxiliar y de cuidado de la salud domiciliaria, cuando sea clínicamente apropiado y no requiera evaluación o tratamiento en persona. • Servicios de Telehealth para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros en diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con base en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de Telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de Telehealth para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud conductual concurrente. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de Telehealth para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud conductual en los siguientes casos: ○ Si acudió a una visita presencial en los 6 meses anteriores a su primera visita de Telehealth. ○ Si acude a una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de Telehealth. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de Telehealth para visitas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal. • Servicios de Telehealth proporcionados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLP) y audiólogos calificados • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo**.** ○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días**.** ○ La consulta no da lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita lo antes posible. • Evaluación de vídeos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días**.** ○ La evaluación no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o una cita lo antes posible. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga

	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)
	• Consultas que su médico mantenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro médico electrónico si usted no es un paciente nuevo.
	• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.
	  • Atención dental no rutinaria. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente:
	  o Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas.
	  o Fracturas de la mandíbula o huesos faciales.
	  o Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico **o** servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico.
	  • Examen médico anual (un examen más completo que una visita de bienestar anual). Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, los pulmones, la cabeza y el cuello; sistema neurológico/medición; registro de signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos recetados y una revisión de cualquier hospitalización reciente). Cubierto una vez por año calendario.
	  • Visitas de seguimiento al consultorio después del alta del hospital, SNF, estancia en centros comunitarios de salud conductual, observación ambulatoria u hospitalización parcial.
	  • Servicios de Telehealth adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen:
	  o Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (PA y NP).
	  o Servicios de médicos especialistas.
	  Este beneficio continúa en la página siguiente.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) o Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud conductual. o Sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría. o Servicios del programa de tratamiento de opioides. o Servicios de observación. o Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con trastorno por consumo de sustancias. o Servicios de educación sobre enfermedades renales. o Capacitación para el autocontrol de la diabetes. o Servicios de urgencia. o Servicios de fisioterapia y patología del habla-lenguaje. o Servicios de rehabilitación pulmonar. o Servicios de hospitalización parcial. o Servicios ambulatorios intensivos. o Servicios de rehabilitación cardíaca. o Servicios de rehabilitación cardíaca intensivos. o Servicios de monitoreo remoto de pacientes. • La cobertura adicional de Telehealth incluye solo consultas sincrónicas de audio y vídeo con su médico mediante un software de comunicación que cumple con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Los servicios adicionales de Telehealth están cubiertos con sus proveedores actuales desde cualquier lugar, o desde cualquier proveedor con una derivación para una visita de telemedicina de su PCP. • Usted tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una visita en persona o por Telehealth. Si elige recibir uno de estos servicios por Telehealth, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio por Telehealth.	
	Servicios de médicos, personal de enfermería practicante y parteros El plan cubre los servicios de médicos, personal de enfermería practicante y parteros. Estos incluyen, por ejemplo: • Consultas médicas para atención primaria y especialistas. • Obstetricia/ginecología y atención prenatal. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes. • Terapia médica de nutrición. • Servicios para dejar de fumar.	*Puede que se requiera autorización previa para ciertos servicios.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir servicios de un especialista. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de podología Pagamos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con afecciones que afectan a las piernas, como la diabetes.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional del cuidado de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento del tratamiento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen rectal digital. • Una prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan toda o parte de una extremidad o función corporal. Estos incluyen, entre otros: • Pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos. • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos protésicos. • Brazos y piernas artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Pagamos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos la reparación o sustitución de los dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la eliminación de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte "Atención oftalmológica" más adelante en esta tabla para obtener más detalles. **Nota:** o Para tener cobertura, el dispositivo o los suministros deben estar **cubiertos por el plan; ser médicamente necesarios;** ser proporcionados por un **proveedor de DME u ortopedia y prótesis (O&P) dentro de la red**; y, en algunos casos, tener una **autorización previa** en el expediente. o Para obtener ayuda para determinar si los dispositivos o suministros están cubiertos, si se requiere autorización previa o si un proveedor de DEM u ortopedia y prótesis (O&P) está en nuestra red, llame a servicios para miembros. **Artículos para el tratamiento de linfedema con compresión** El plan cubre artículos para el tratamiento de linfedema con compresión por hasta 12 prendas y accesorios relacionados cada 6 meses para miembros con un diagnóstico de linfedema. Los **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) artículos para el tratamiento de linfedema con compresión deben ser recetados por un médico (o un asistente médico, personal de enfermería practicante o clínico especialista). Los artículos para el tratamiento de linfedema con compresión para cualquier diagnóstico que no sea linfedema no están cubiertos. Los artículos los debe suministrar un proveedor inscrito de equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos, prótesis, ortesis y suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés). Todos los proveedores, incluidos los fisioterapeutas y otros profesionales que suministran sistemas de vendajes, deben estar inscritos como proveedores de DMEPOS para que se les pague por suministrar artículos para el tratamiento de compresión del linfedema. Las siguientes categorías de artículos para el tratamiento de linfedema con compresión están cubiertas cuando se determina que son razonables y necesarias para el tratamiento del linfedema: o Prendas de compresión graduada estándar para el día. o Prendas de compresión graduada personalizada para el día. o Prendas de compresión graduada para la noche. o Vendajes de compresión graduada con correas ajustables. o Accesorios (por ejemplo, cierres, revestimientos, acolchado, relleno, entre otros) necesarios para el uso eficaz de la prenda o vendaje de compresión graduada. o Suministros para el vendaje de compresión. o Otros artículos que la CMS determine que son artículos de compresión para el linfedema. **Suministros médicos** Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, los siguientes: catéteres, gasa, suministros para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril y suministros para traqueotomía.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará esta derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Monitoreo remoto de pacientes El uso de dispositivos médicos seleccionados que transmiten información médica personal digital de forma sincrónica o asincrónica de un paciente en riesgo a un proveedor de atención médica en una ubicación distante, lo que permite al proveedor responder al paciente y gestionar su estado. El monitoreo remoto de pacientes (RPM, por sus siglas en inglés) está disponible para los miembros que cumplen con ciertos criterios clínicos.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Prueba de detección del virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de cabecera u otro proveedor calificado de cuidado de la salud la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque consume o consumió drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, siguió consumiendo drogas inyectables ilegales desde su anterior prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad al año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las imparte un médico de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como la consulta de un médico.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Para conocer la definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el **capítulo 12.** Tiene cobertura de hasta 100 días por cada período de beneficio de Medicare. No se requiere hospitalización previa. Si agota sus beneficios de Medicare, seguirá teniendo cobertura con MassHealth Standard (Medicaid). Pagamos los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no figuren en esta lista: • Una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que reciba como parte de su plan de cuidados, incluidas sustancias que se encuentran de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio realizadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que suelen ofrecer los centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. Por lo general, usted recibe atención de SNF en centros de la red. En determinadas condiciones, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención médica en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía antes de ingresar al hospital (siempre que brinde atención en centros de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que recibe el alta del hospital.	

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Dejar de fumar y consumir tabaco Se cubre la asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante la asesoría. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año). Cubrimos el asesoramiento, individual y en grupo, para dejar de fumar y el tratamiento farmacológico, que incluye la terapia de reemplazo de nicotina (NRT, por sus siglas en inglés). Esto se suma a cualquier servicio cubierto por Medicare. • El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también está disponible a través del programa de prevención y abandono del tabaco de Massachusetts (MTCP, por sus siglas en inglés). El MTCP es un servicio gratuito y basado en la evidencia para dejar de fumar desarrollado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Si está listo para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, pregunte a su médico sobre el programa de prevención y abandono del tabaco de Massachusetts (MTCP), visite www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). • Revise el formulario de Tufts Health One Care para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos. Se cubre la asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	• Son competentes y están alertas durante la asesoría. Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año).	
	Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés) Pagamos la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática que tengan una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET. • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario. El programa SET debe consistir en lo siguiente: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente. (claudicación). • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en la consulta de un médico. • Que lo imparta personal cualificado que se asegure de que los beneficios superen los daños y que esté formado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar a cargo de un médico, un asistente médico o personal de enfermería/especialista clínico en enfermería con formación en técnicas de soporte vital básico y avanzado	*Es posible que se requiera autorización previa.* Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir este servicio. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Programa de servicios de vivienda transitoria El plan cubre los servicios prestados por un proveedor de servicios de vivienda transitoria para los miembros que reúnan los requisitos. Estos servicios se brindan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente: • Servicios de asistente de cuidado personal. • Supervisión de enfermería in situ las 24 horas. • Comidas. • Formadores de habilidades. • Asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, lavandería, compras, limpieza).	*Es posible que se requiera autorización previa.*
	Transporte (para fines no médicos) Para fines no médicos, se ofrecen ocho traslados de ida y vuelta al mes (hasta 48 viajes de ida y vuelta por año calendario). Límite de 20 millas por trayecto. Los servicios los debe prestar el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Consulte el capítulo 3, sección H, de este manual del miembro para obtener más información sobre cómo programar un viaje con el proveedor aprobado por el plan. Para obtener más información sobre este beneficio, llame a servicios para miembros a los números que figuran al pie de este *manual del miembro*.	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención de urgencia La atención de urgencia es aquella que se presta para tratar lo siguiente: • Una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. • Una enfermedad imprevista. • Una lesión. • Una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, debido al momento, el lugar o las circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios médicos inmediatos para una afección imprevista, pero no se trate de una emergencia médica). En situaciones urgentes, llame a su PCP o proveedor de salud conductual. Puede comunicarse con cualquiera de las oficinas de sus proveedores las 24 horas del día, los siete días de la semana. Su proveedor debe atenderlo dentro de las 48 horas para citas de atención urgente. Siempre puede ponerse en contacto con su coordinador de atención al 1-833-904-2273 para que lo ayude a encontrar los servicios que necesita. Cityblock también ofrece atención de urgencia por teléfono o a domicilio en este número. Los proveedores pueden revisar su historial médico, responder a sus inquietudes médicas o de salud y ofrecerle opciones de atención fuera del horario de atención regular o sin tener que acudir a la sala de emergencias. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia.	*No se necesita autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención oftalmológica Pagamos por lo siguiente: • Examen integral de la vista. • Educación sobre la vista. • Anteojos. • Lentes de contacto y otras ayudas visuales. También cubrimos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Los siguientes grupos son de alto riesgo: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos mayores de 50 años. • Hispanoamericanos mayores de 65 años. Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. • Pagamos un par de gafas o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. (Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe recibir un par de gafas después de cada cirugía. No puede recibir dos pares de gafas después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de gafas después de la primera cirugía). Las lentes correctoras/monturas (y sus recambios) necesarias tras una eliminación de cataratas con implante de lente (tintes, revestimiento antirreflectante, lentes UV o lentes de gran tamaño) solo están cubiertas cuando el médico responsable del tratamiento lo considera médicamente necesario. **Nota**: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar después de la colocación inicial como se indica a continuación: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.* Es posible que se necesite una derivación de su PCP antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección médica de los ojos. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte la sección D del capítulo 3 de este *manual del miembro* para obtener más detalles sobre el proceso de remisión. No se necesita una derivación para consultar a un optometrista, pero debe utilizar un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Debe obtener los anteojos con monturas estándar o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra monturas de mayor calidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención oftalmológica (continuación) ○ Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y tendrán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista integral. ○ El miembro debe completar el seguimiento en un plazo de 45 días calendario a partir de la adaptación, y tanto la adaptación como el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor. • Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de monturas estándar y lentes monofocales, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. MassHealth también cubre los ajustes y un segundo par de lentes de contacto. **Nota**: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar después de la inserción de lentes de contacto, como se indica a continuación: ○ Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y tendrán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista integral. ○ El miembro debe completar el seguimiento en un plazo de 45 días calendario a partir de la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor. Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario. • Subsidio para anteojos (lentes y monturas o lentes de contacto). Anteojos de rutina (lentes recetados, monturas, una combinación de ambos) o lentes de contacto hasta el monto permitido por año calendario. Para tener acceso al beneficio de anteojos de rutina, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor. Solo se permite una compra por año calendario hasta el monto del beneficio; cualquier monto no utilizado después de la compra única caducará y no se podrá aplicar a otra compra durante el año calendario. Si el costo de los **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido. No se requiere derivación para un examen oftalmológico de rutina anual, pero debe utilizar un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Las refracciones oculares no están cubiertas si se facturan por separado del examen oftalmológico de rutina. Las refracciones no están cubiertas, excepto cuando se incluyen y se facturan como un componente del examen oftalmológico de rutina. Recibirá hasta $300 por año calendario aplicados en el momento del servicio por compras en proveedores participantes de EyeMed Vision Care. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación.

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Atención oftalmológica (continuación) artículos comprados excede el monto anual del beneficio, usted deberá pagar el saldo. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, comuníquese con EyeMed Vision Care al 1-866-591-1863. Para los miembros con discapacidad auditiva, EyeMed ofrece un sistema de retransmisión para garantizar que puedan recibir el servicio, independientemente de si disponen o no de un sistema habilitado para TDD/TTY. Utilizar este sistema es muy fácil. Solo tiene que marcar el 711, pedir al operador que se ponga en contacto con EyeMed en el 1-844-230-6498 y se lo atenderá a través de una conferencia telefónica entre usted, el operador del 711 y un representante. El proveedor del plan para servicios, anteojos o lentes de contacto para el cuidado rutinario de la vista puede ser diferente del proveedor del plan para servicios, anteojos o lentes de contacto para tratar afecciones médicas. Llame a servicios para miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de visión. Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No puede recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía.	Se le reembolsarán hasta $300 por año calendario si utiliza un proveedor no participante. Deberá pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Llame a servicios para miembros para obtener el formulario de reclamación.
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubrimos la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La visita incluye lo siguiente: • Una revisión de su estado de salud. • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas). • Derivaciones a otros servicios de atención médica si los necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Consulta de bienestar El plan cubre los chequeos de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención**.**	*No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.*
	Pelucas Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembros junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional que se indique en el formulario. El comprobante de pago debe estar a nombre del miembro o, alternativamente, a nombre del representante del miembro que figura en el registro. Llame a servicios para miembros para solicitar un formulario de reembolso. Envíe el formulario completado con todos los documentos requeridos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con servicios para miembros.	El plan cubre hasta $350 por año. Para tener acceso al beneficio de pelucas, puede comprar la peluca en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de $350 por año que se aplica en el momento del servicio y será responsable de pagar el saldo. Si utiliza un proveedor no participante, deberá pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso. Llame a servicios para miembros para obtener el formulario de reclamación.

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre los servicios de cuidado de la salud conductual basados en la comunidad. A veces, estos servicios se denominan "servicios de salud conductual alternativos". Son servicios que puede utilizar en lugar de acudir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y se incluirán en su plan de atención médica personalizado (ICP).

Servicios comunitarios (alternativos) de cuidado de la salud conductual que cubre nuestro plan	
Estos servicios incluyen lo siguiente: • Servicios intensivos con supervisión médica: servicios de tratamiento agudo (ATS, por sus siglas en inglés) para trastornos por consumo de sustancias. • Servicios de estabilización clínica: servicios residenciales de alta intensidad gestionados clínicamente y específicos para cada población. • Estabilización de crisis comunitarias (CCS, por sus siglas en inglés). • Programa de apoyo comunitario (CSP, por sus siglas en inglés), incluyendo CSP para personas sin hogar, CSP para personas involucradas en el sistema de justicia y el programa de preservación de la tenencia del CSP. • Intervención móvil en caso de crisis para adultos (anteriormente programa de servicios de emergencia (ESP, por sus siglas en inglés)) Tiene la opción de obtener 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. • Servicios de hospitalización parcial (PHP, por sus siglas en inglés) ○ La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o a través de un centro comunitario de salud conductual. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional licenciado. Puede ayudarlo a evitar tener que permanecer en el hospital. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios comunitarios (alternativos) de cuidado de la salud conductual que cubre nuestro plan	
(continuación) Servicios ambulatorios intensivos (IOP, por sus siglas en inglés) y programas de IOP ○ El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia conductual que se proporciona en un servicio ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ○ Un programa IOP proporciona un tratamiento multidisciplinario coordinado, integral y de duración limitada, y está diseñado para mejorar el estado funcional, proporcionar estabilización en la comunidad, evitar el ingreso en servicios como paciente internado o facilitar una reintegración rápida y estable en la comunidad tras el alta de un servicio como paciente internado. **Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud conductual en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio del hospital**.** • Programa de tratamiento comunitario asertivo (PACT, por sus siglas en inglés). • Tratamiento psiquiátrico diurno. • Asesoramiento para la recuperación. • Asesor de apoyo para la recuperación. • Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias, que incluyen los siguientes: RRS para adultos. ○ RRS para familias. ○ RRS para adultos jóvenes. ○ RRS mejorado para casos concurrentes (COE-RRS). ○ RRS mejorado para embarazadas. • Programa estructurado para pacientes ambulatorios con adicciones (SOAP, por sus siglas en inglés). • Especialista certificado en pares.	

Servicios comunitarios (alternativos) de cuidado de la salud conductual que cubre nuestro plan	
• Programa estructurado mejorado para pacientes ambulatorios con adicciones (E-SOAP, por sus siglas en inglés). • Servicios de apoyo transitorio (TSS, por sus siglas en inglés) para trastornos por consumo de sustancias.	

Su equipo de atención médica puede ofrecerle formas adicionales de garantizar que se satisfagan sus necesidades a través de su plan de atención médica personalizado (ICP). Para obtener más información, llame a su coordinador de atención médica o a servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711).

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de MassHealth (Medicaid).

E1. Servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) bajo el modelo de pago por servicio

Servicios de doula

Los servicios de doula están disponibles para las miembros embarazadas. MassHealth (Medicaid) cubre hasta 8 horas de servicio de doula para las miembros durante el período perinatal, que abarca el embarazo, el parto y el alumbramiento, hasta 12 meses después del parto, incluyendo todos los resultados del embarazo.

Las miembros que necesiten más de 8 horas de servicio de doula deben obtener una autorización previa.

Las doulas deben ser proveedoras contratadas por MassHealth (Medicaid).

E2. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y manejo de casos específicos

Si está recibiendo rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Mental o gestión de casos específicos del Departamento de Salud Mental o del Departamento de Servicios de Desarrollo, sus servicios seguirán siendo prestados directamente por la agencia estatal. Sin embargo, Tufts Health One Care lo ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su plan de atención médica personalizado (ICP) general.

Alojamiento y manutención en un asilo

Si vive en un asilo y se inscribe en One Care, el Departamento de Asistencia Transitoria seguirá siendo responsable de los pagos de su alojamiento y manutención.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid)

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos de nuestro plan. "Excluido" significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y MassHealth (Medicaid) tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *manual del miembro*), excepto en las condiciones específicas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debería pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios que no se consideran "razonables y médicamente necesarios", según los estándares de Medicare y MassHealth (Medicaid), a menos que los incluyamos como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **capítulo 3** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cuidados de enfermería a tiempo completo en su domicilio.
- Honorarios que cobran sus familiares directos o miembros de su hogar.
- Comidas a domicilio.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios de mejora (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, fines cosméticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.

- Cirugía estética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que quede igual.
- Atención quiropráctica, excepto la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, excepto lo descrito en los servicios de podología en la tabla de beneficios de la **sección D**.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una ortesis de pierna y estén incluidos en el costo del aparato, o que sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Exámenes auditivos periódicos, audífonos o exámenes para ajustar audífonos (los audífonos y los ajustes están cubiertos por sus beneficios estándar de MassHealth (Medicaid), y los audífonos OTC están cubiertos por el beneficio de venta libre (OTC)).
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión baja.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Los miembros de Tufts Health One Care no son responsables de los gastos de bolsillo y el plan reembolsará a los veteranos los costos compartidos incurridos por los servicios de emergencia.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Se trata de medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth (Medicaid). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, incluyen los medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.

- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y los medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la tabla de beneficios en el **capítulo 4** de este *manual del miembro*.

- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si está en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5**, **sección D**, "Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare".

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

1. Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro prescriptor) que le recete un medicamento, el cual debe ser válido según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su médico de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su médico de atención primaria lo derivó para recibir atención.
2. Su prescriptor **no** debe figurar en las listas de exclusión o impedimento de Medicare.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **sección A1** para obtener más información). O bien, puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.
4. El medicamento recetado debe estar en la *lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La 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 cubrirlo otorgándole una excepción.
- Consulte el **capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

5. El medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Su prescriptor puede ayudarlo a identificar las referencias médicas que respaldan el uso solicitado del medicamento recetado.
6. Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus medicamentos con receta 135

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red 135

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta 135

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red 135

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 136

A5. Uso de una farmacia especializada 136

A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 137

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 138

A8. Usar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan 138

A9. Reembolso por una receta médica 140

B. La *lista de medicamentos* de nuestro plan 140

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *lista de medicamentos* 140

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *lista de medicamentos* 141

B3. Medicamentos que no están en nuestra *lista de medicamentos* 141

C. Límites en algunos medicamentos 142

D. Motivos por los que es posible que su medicamento no esté cubierto 144

D1. Obtener un suministro temporal 144

D2. Solicitar un suministro temporal 146

D3. Solicitar una excepción 146

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 146

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 149

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan 149

F2. En un centro de cuidados a largo plazo 149

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare 149

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos 150

G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de manera segura 150

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos 150

G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides 151

A. Cómo surtir sus medicamentos con receta

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, puede hacer lo siguiente:

- Comuníquese con su coordinador de atención al 1-833-904-2273 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
- Consulte el *directorio de proveedores y farmacias*.
- Visite nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org.
- Comuníquese con servicios para miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura por su medicamento cubierto.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta cuando la vaya a recoger. Luego, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con servicios para miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar. Nota**:** Los miembros elegibles no tienen que pagar nada por los servicios cubiertos.

- Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita renovar una receta, puede pedirle a su proveedor que le extienda una nueva receta *o* bien pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún quedan renovaciones disponibles.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el *directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org o comuníquese con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión a domicilio en los siguientes casos:
  - Si su medicamento recetado figura en nuestra lista de medicamentos o se autorizó una excepción para su receta.
  - Si su medicamento recetado no está cubierto por el beneficio médico de nuestro plan.
  - Si nuestro plan aprobó su receta para terapia de infusión a domicilio.
  - Si su receta fue emitida por un prescriptor autorizado.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de cuidados a largo plazo, como centros de enfermería.
  - Por lo general, los centros de cuidados a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo no forma parte de nuestra red o si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos en un centro de cuidados a largo plazo, comuníquese con servicios para miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas o Programa de Salud Tribal o Indígena Urbano. Salvo en casos de emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.

- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, la coordinación de proveedores o capacitación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería darse en raras ocasiones). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org o comuníquese con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del pedido por correo son aquellos que se toman de forma regular para una afección médica crónica o de larga duración.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige solicitar como mínimo un suministro para 30 días del medicamento y como máximo un suministro para 90 días. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Surtir recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org o 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

Por lo general, las recetas por correo llegan en un plazo de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si su pedido se retrasa, llame a servicios para miembros, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de su parte, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y las reposiciones de las recetas que pidió por correo.

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe de su parte**

   La farmacia surte y entrega automáticamente las recetas nuevas que recibe de su parte.

2. **Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor**

   Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

3. **Resurtir recetas de pedidos por correo**

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

Informe a la farmacia la mejor forma de ponerse en contacto con usted para que puedan localizarlo y confirmar su pedido antes del envío. Llame sin costo al servicio de atención al cliente de OptumRx Home Delivery al 1-800-556-5569 (TTY: 711), disponible 24 horas al día, siete días a la semana, para facilitar su número de teléfono preferido.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman de forma regular para tratar una afección médica crónica o de larga duración.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Usar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solo** cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

En estos casos, consulte primero con servicios para miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- **Emergencias médicas:** cubriremos los medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red si están relacionados con la atención de una emergencia médica o una atención de urgencia. En esta situación, por lo general, tendrá que pagar el costo total cuando surta la receta.

Puede pedirnos que le reembolsemos el costo enviando su solicitud por escrito con los recibos de sus medicamentos recetados a:

Solicitudes de pago de recetas médicas (Parte D)
OptumRx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

- **Cuando viaje o se encuentre fuera del área de servicio del plan:** si toma un medicamento recetado de forma regular y va a viajar, asegúrese de comprobar su suministro del medicamento antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con antelación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo de la red o a través de una farmacia minorista de la red.

  Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio de nuestro plan, y se enferma o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted cumple todas las otras reglas de cobertura identificadas en este documento y no hay una farmacia de la red disponible. En esta situación, normalmente, tendrá que pagar el costo total cuando surta la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo de la farmacia enviando sus recibos a OptumRx. Para obtener más información, consulte el capítulo 7.

  Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a servicios para miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área donde está viajando. Nuestra red de farmacias es nacional. Si no hay farmacias de la red en esa zona, es posible que servicios para miembros pueda hacer los arreglos necesarios para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red.

- **Otras ocasiones en las que puede obtener la cobertura de su receta si acude a una farmacia fuera de la red:** cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se da al menos una de las siguientes circunstancias:
  - No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan 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 surtir 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., para ver si hay una farmacia de la red en su área donde pueda surtir sus medicamentos con receta. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

A9. Reembolso por una receta médica

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total al adquirir su receta médica. Puede solicitarnos un reembolso enviando su solicitud por escrito junto con los recibos de sus recetas médicas a:

Solicitudes de pago de recetas médicas (Parte D)
OptumRx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Para obtener más información al respecto, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*.

B. La *lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *lista de medicamentos cubiertos.* La llamamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *lista de medicamentos*

Nuestra *lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Nuestra *lista* de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo un nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *lista de medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas "biosimilares". Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y tienen un costo menor. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca. **Nota**: Los miembros elegibles no tienen que pagar nada por los servicios cubiertos.

Consulte el **capítulo 12** para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *lista de medicamentos.*

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a servicios para miembros. **Nota**: Los miembros elegibles no tienen que pagar nada por los servicios cubiertos.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *lista de medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Consultar la *lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en TuftsHealthOneCare.org. La *lista de medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a servicios para miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

Algunos medicamentos no están en nuestra *lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.

En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *lista de medicamentos*.

En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos.* Para obtener más información, consulte el **capítulo 9.**

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. Estos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación, se indican tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y MassHealth (Medicaid)) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de su beneficio de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. El médico u otro proveedor pueden recetar un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina "uso no indicado en la etiqueta". Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley, Medicare o MassHealth (Medicaid) no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

- Medicamentos usados para promover la fertilidad.
- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe someterse a pruebas o servicios que solo ellos le hagan.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. En general, nuestras reglas le recomiendan que obtenga un medicamento que sea adecuado para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *lista de medicamentos.* Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Si existe una regla especial para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba informarnos primero su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o rechazar que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

1. **Limitar el uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando existe una versión genérica o biosimilar intercambiable**

Por lo general, los medicamentos genéricos o biosimilares intercambiables funcionan igual que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen tener un costo menor. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos indica la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no le funcionarán **o** escribe "Sin sustituciones" en su receta de un medicamento de marca o producto biológico original *o* nos indica la razón médica por la que el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le funcionarán, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. **Obtener la aprobación previa del plan**

Para algunos medicamentos, usted o su prescriptor deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se denomina "autorización previa". Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a servicios para miembros al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org para obtener más información sobre la autorización previa.

3. **Probar primero un medicamento diferente**

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de eficaces antes de cubrir medicamentos que tienen un costo mayor. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A tiene un costo menor que el medicamento B, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A.

Nota: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

Si el medicamento A no le funciona, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Llame a servicios para miembros al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web https://www.point32health.org/provider/medical-benefit-drug-medical-necessity-guidelines/ para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. **Límites de cantidad**

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, es posible que limitemos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a servicios para miembros o consulte nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

D. Motivos por los que es posible que su medicamento no esté cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la forma que usted desea. Por ejemplo:

Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *lista de medicamentos*. Puede que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y aún no lo hayamos revisado para comprobar su seguridad y eficacia.

Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas o límites especiales en la cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su prescriptor pueden solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no esté incluido en nuestra *lista de medicamentos* o esté sujeto a alguna restricción. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas siguientes:

El medicamento que estaba tomando:

Ya no está en nuestra *lista de medicamentos*.

Nunca estuvo en nuestra *lista de medicamentos*.

Ahora tiene alguna limitación.

Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:

- Estaba inscrito en nuestro plan el año pasado.

Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**

Este suministro temporal es por un máximo de 30 días.

Si su receta médica está prescrita para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.

Las farmacias de cuidados a largo plazo pueden suministrar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.

Es nuevo en nuestro plan.

Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**

Este suministro temporal es por un máximo de 30 días.

Si su receta médica está prescrita para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.

Las farmacias de cuidados a largo plazo pueden suministrar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.

Usted es beneficiario de nuestro plan desde hace más de 90 días, vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.

Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es una adición al suministro temporal indicado anteriormente.

Nota: Nuestra política de transición solo se aplica a los medicamentos que son medicamentos de la Parte D y que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar medicamentos que no sean de la Parte D o un medicamento en una farmacia fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para acceder a servicios fuera de la red.

Para los medicamentos de MassHealth (Medicaid):

Usted es nuevo en el plan.

- Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth (Medicaid) durante 90 días o hasta que se complete su evaluación integral y su plan de atención, o menos si su receta está prescrita para menos días.
- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a servicios para miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro. Estas son sus opciones:

Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que sea adecuado para usted. Llame a servicios para miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O BIEN

Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos* o que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma se eliminará de nuestra *lista de medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que desee.

Responderemos a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas tras recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de su prescriptor).

Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1.º de enero, pero es posible que añadamos o eliminemos medicamentos de nuestra *lista de medicamentos* durante el año. También es posible que cambiemos nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

Decidir si exigimos o no la aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés) para un medicamento (nuestro permiso antes de que usted pueda obtener un medicamento).

Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).

Añadir o cambiar las restricciones de terapia escalonada para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información acerca de estas normas sobre medicamentos, consulte la **sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento de nuestra *lista de medicamentos* actual**.**

Nos enteremos de que un medicamento no es seguro**.**

Se retire un medicamento del mercado.

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

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra *lista de medicamentos*, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar nuestra *lista de medicamentos* actual en línea en TuftsHealthOneCare.org**.**
- Llamar a servicios para miembros al número que aparece al final de la página para consultar nuestra *lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos realizar en la *lista de medicamentos* que le afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *lista de medicamentos* se aplicarán de forma inmediata. Por ejemplo:

Aparece un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que ya figura en la *lista de medicamentos*. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que se produzca.

Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte el **capítulo 9** de este manual.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, es posible que lo eliminemos inmediatamente de nuestra *lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos una notificación después de realizar el cambio. Comuníquese con el proveedor que le recetó el medicamento para analizar una alternativa.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en nuestra *lista de medicamentos*. Estos cambios podrían suceder si ocurre lo siguiente:

- La FDA proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando se producen estos cambios, nosotros haremos lo siguiente:

Le informaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar el cambio en nuestra *lista de medicamentos***.**

Le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento después de que solicite una reposición.

Esto le da tiempo para conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *lista de medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para seguir teniendo cobertura para el medicamento o la versión del medicamento que estaba tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

Cambios en la *lista de medicamentos* que no le afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afectan en este momento. En el caso de dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general no eliminamos ni cambiamos 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 se produce alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1.º de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estancia. No pagará ningún copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

Por lo general, los centros de cuidados a largo plazo, como los centros de enfermería, tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su *directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, póngase en contacto con servicios para miembros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

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

Es posible que esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del prescriptor o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.

Para evitar retrasos en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedir a su proveedor de hospicio o al prescriptor que se aseguren de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que le dispense la receta.

Si deja el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **capítulo 4** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar que hace lo mismo.
- Pueden no ser seguros para su edad o sexo.
- Podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico.
- Pueden tener un error en la cantidad (dosificación).
- Tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de manejo de terapia medicamentosa (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- Cómo sacar el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como el costo de los medicamentos y las reacciones a los mismos.
- La mejor manera de tomar sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre.

Luego, le proporcionarán lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para utilizarlos de la mejor manera posible.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, la dosis, cuándo y por qué los toma.

Información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su prescriptor sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.

Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo daremos de baja.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con servicios para miembros.

G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que se usan con frecuencia de forma indebida. Este programa se denomina programa de gestión de medicamentos (DMP).

Si utiliza medicamentos opioides que le recetan varios prescriptores o farmacias, o si sufrió recientemente una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con su prescriptor para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con su prescriptor, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir las siguientes:

Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.

Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados prescriptores.

Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos en su caso.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de indicarnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmarán las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su prescriptor pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*).

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si:

Padece determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme.

Recibe cuidados en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados al final de la vida**.**

Vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid)

Introducción

Este capítulo explica lo que paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Por "medicamentos" nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare**.**
- Medicamentos y artículos cubiertos por MassHealth (Medicaid)**.**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

> **La ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir el costo de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se denomina "subsidio para bajos ingresos" o "LIS", por sus siglas en inglés. **Como miembro de One Care, MassHealth (Medicaid) cubre los costos restantes que Medicare no cubre para los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare.**

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar los siguientes lugares:

- Nuestra *lista de medicamentos cubiertos*.
  - La llamamos la *lista de medicamentos*. En ella se indica:
    - Qué medicamentos pagamos.
    - Si hay algún límite en los medicamentos.
  - Si necesita una copia de nuestra *lista de medicamentos*, 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *lista de medicamentos* en nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org.
- **Capítulo 5** de este *manual del miembro*.

- Le indica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
- Incluye las normas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
- Cuando utilice la "Real Time Benefit Tool" del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte el **capítulo 5, sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a servicios para miembros para obtener más información.

- Nuestro *directorio de proveedores y farmacias*.
  - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - El *directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de nuestra red. Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La *explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) 155

B. Cómo llevar un registro del costo de sus medicamentos 156

C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo 157

C1. Sus opciones de farmacia 157

C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 157

D. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 158

A. La *explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Su **gastos de bolsillo**. Es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por la ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés). Con Tufts Health One Care, no tiene que pagar nada por sus recetas, siempre y cuando siga las normas del Capítulo 5. Sus gastos de bolsillo serán cero.

- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. El resumen indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted y otras personas pagaron por usted.

- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Muestra el costo total de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Es el costo total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde la primera vez que se surte para cada solicitud de receta de la misma cantidad.

- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados y de venta libre están cubiertos por MassHealth (Medicaid). Estos medicamentos están incluidos en la *lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro del costo de sus medicamentos

Para llevar un registro del costo de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. **Utilice su tarjeta de identificación de miembro.**

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y qué paga.

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

Proporciónenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que haya pagado. Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

A continuación, le mostramos algunos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*.

3. **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.**

4. **Revise las EOB que le enviamos.**

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que figuran en la lista?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó el médico?

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo que le resulte confuso o que no le parezca correcto en este EOB, llame a servicios para miembros de Tufts Health One Care. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: TuftsHealthOneCare.org.

¿Qué pasa con un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a servicios para miembros de Tufts Health One Care.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis.

Si cree que hay algún error o que falta información, o si tiene alguna pregunta, llame a servicios para miembros. También puede registrarse en el portal para miembros en TuftsHealthOneCare.org.

Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras normas.

C1. Sus opciones de farmacia

El importe que pagará por un medicamento depende de dónde lo adquiera:

- En una farmacia de la red**.**
- En una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- En la farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* y nuestro *directorio de proveedores y farmacias*.

C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* o nuestro *directorio de proveedores y farmacias*.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con servicios para miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

La primera parte es para el costo de la vacuna en sí.

La segunda parte es para el costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

Le recomendamos que llame a servicios para miembros si tiene previsto vacunarse. Podemos informarle sobre cómo cubre nuestro plan su vacuna.

Capítulo 7: Solicitud de pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo se explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. **Nota**: Los miembros elegibles no son responsables de pagar los servicios cubiertos. También se explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos 160

B. Envíenos una solicitud de pago 163

C. Decisiones de cobertura 163

D. Apelaciones 164

A. Solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos dentro de la red.
Nota: Los miembros elegibles no son responsables de pagar los servicios cubiertos. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Tufts Health One Care le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por cuidado de la salud o medicamentos, no la pague. Puede enviarnos la factura o 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que se le devuelva el dinero.
  - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
  - Si pagó por los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid), no podemos devolverle el dinero, pero el proveedor o MassHealth (Medicaid) sí lo harán. Los servicios para miembros o su coordinador de atención pueden ayudarlo a ponerse en contacto con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de los servicios para miembros al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo comunicaremos.

Comuníquese con servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes, en caso de que tenga alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea informarnos sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Algunos ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos solicite un reembolso o que paguemos una factura que recibió son los siguientes:

1. **Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red**

Pídale al proveedor que nos envíe la factura.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor que solicita el pago de algo que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado o simplemente llámenos.
  - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le reembolsaremos el dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más del costo que le corresponde. **Llame a servicios para miembros** al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura.**

- Dado que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no tiene que hacerse cargo de ningún gasto. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla o llámenos. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos el dinero por los servicios cubiertos **o** por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió de manera retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de la receta porque no lleva consigo su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva consigo su tarjeta de identificación de miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte la información de inscripción en su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta usted mismo o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de la receta de un medicamento que no está cubierto

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté incluido en nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*lista de medicamentos*) en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o cree que no se aplica en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*).
  - Si usted y su médico u otro prescriptor creen que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro prescriptor para reembolsarle el dinero que gastó en el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se conoce como tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que el servicio o el medicamento deben estar cubiertos, lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

B. Envíenos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es recomendable que haga una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su información en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario de reclamación de recetas de OptumRx en la página de formularios de nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org, o puede llamar a servicios para miembros y solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Para reclamaciones de cuidado de la salud, excepto medicamentos, envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

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

Para reclamaciones relacionadas con medicamentos, envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

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

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hubiera, que debe pagar. **Nota**: Los miembros elegibles no son responsables de pagar los servicios cubiertos.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.

- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el 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 más alto que nuestro precio negociado). Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **capítulo 3** de este *manual del miembro* explica las normas para obtener la cobertura de sus servicios. El **capítulo 5** de este *manual del miembro* explica las normas para obtener la cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos para presentar una apelación.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de cuidado de la salud, consulte la **sección F**.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que responda a sus necesidades 166

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 167

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 169

C1. Cómo protegemos su PHI 169

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos 170

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información 170

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente 171

F. Su derecho a dejar nuestro plan 171

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de la salud 172

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 172

G2. Su derecho a decidir qué quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud 172

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 173

H. Su derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones 174

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 174

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 175

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que responda a sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de una manera culturalmente competente y accesible, incluso a aquellas personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a servicios para miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como español, camboyano, chino, criollo haitiano, laosiano, portugués, ruso y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a servicios para miembros o escriba a:

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

- Llame a servicios para miembros para solicitar materiales en otros idiomas que no sean inglés o en un formato alternativo, o para solicitar que los envíos futuros se hagan en el idioma o formato alternativo. Conservaremos su solicitud permanente en nuestros registros, por lo que no será necesario que realice una solicitud por separado cada vez. También puede llamar a servicios para miembros para cambiar su solicitud permanente de idioma o formato preferido
- Para solicitar una adaptación razonable, llame a servicios para miembros o trabaje con su coordinador de atención para realizar la solicitud. Nuestro equipo de servicios para miembros, Cityblock y nuestro responsable de cumplimiento de accesibilidad y adaptaciones de Tufts Health One Care se asegurarán de que se atienda su solicitud.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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.

  - Utilice el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla.
  - Use el videoteléfono (VP, por sus siglas en inglés) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.

- 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).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Cambodian, Chinese, Haitian Creole, Laotian, Portuguese, Russian and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

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

- Call Member Services to request materials in languages other than English or in an alternate format or to request future mailings in the alternate language or format. We will keep your standing request in our records so you will not need to make a separate request each time. You can also call Member Services to change your standing request for preferred language and or format
- To request a reasonable accommodation, call Member Services or work with your Care Coordinator to make the request. Our Member Services team, Cityblock, and our Tufts Health One Care Accessibility and Accommodations Compliance Officer will ensure your request is addressed.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- My Ombudsman at 1-855-781-9898, Monday through Friday from 9:00 a.m. to 4:00 p.m.
  - Use 7-1-1 to call 1-855-781-9898. This number is for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.
  - Use Videophone (VP) 339-224-6831. This number is for people who are deaf or hard of hearing.
- MassHealth Customer Service Center at 1-800-841-2900, Monday through Friday, from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. (TTY: 711).
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derechos.

- Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Encontrará más información sobre los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **capítulo 3** de este *manual del miembro*.
  - Llame a servicios para miembros o consulte el *directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- **No** le exigimos que tenga una derivación.
- Usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red en un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o de urgencia sin necesidad de aprobación previa (PA).

- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **capítulo 3** de este *manual del miembro*.

El **capítulo 9** de este *manual del miembro* explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si le denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y al control del uso de su PHI. Le enviamos una notificación por escrito en la que se le informan estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. La notificación se denomina "Notificación de las políticas de privacidad".

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o modifique sus registros.

A excepción de los casos que se indican a continuación, no facilitamos su PHI a nadie que no le preste asistencia ni pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso por escrito.

En ocasiones, no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare y MassHealth (Medicaid) su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare o MassHealth (Medicaid) divulgan su PHI para fines de investigación u otros usos, lo hacen de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de estos.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben realizar cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con terceros para fines que no sean rutinarios y de qué manera lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a servicios para miembros.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para solicitar un intérprete, llame a servicios para miembros. Este es un servicio gratuito para usted. Traducimos todos los materiales al español y ofrecemos servicios de traducción en más de 300 idiomas, incluidos el camboyano, el chino, el criollo haitiano, el laosiano, el portugués, el ruso y el vietnamita. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille, audio, videoclips en American Sign Language y otras formas.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a servicios para miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluyendo lo siguiente:
  - Información financiera.
  - Cómo nos califican los miembros del plan.
  - El número de apelaciones presentadas por los miembros.
  - Cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluyendo lo siguiente:
  - Cómo elegir o cambiar de médico de atención primaria.
  - Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red.

  - Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.

- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen lo siguiente:
  - Servicios (consulte los **capítulos 3 y 4** de este *manual del miembro*) y medicamentos (consulte los **capítulos 5 y 6** de este *manual del miembro*) cubiertos por nuestro plan.
  - Límites de su cobertura y medicamentos.
  - Reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.

- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **capítulo 9** de este *manual del miembro*), incluso solicitarnos lo siguiente:
  - Poner por escrito el motivo por el que algo no está cubierto.
  - Cambiar una decisión que hayamos tomado.
  - Pagar una factura que recibió.

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle la diferencia ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de su cuidado de la salud a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **capítulo 10** de este *manual del miembro:*
  - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o plan de beneficios de medicamentos.
  - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de la salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud para ayudarlo a tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene derecho a: Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen de cualquier riesgo existente. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que le negamos o que normalmente no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. **El capítulo 9** de este *manual del miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decidir qué quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Antes de que eso le suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito en el que **otorgue a alguien el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud** por usted si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre** cómo manejar su cuidado de la salud si usted se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo, incluyendo el cuidado que **no** quiere.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama "directiva anticipada". Hay diferentes tipos de directivas anticipadas con distintos nombres. Algunos ejemplos son el testamento en vida y el poder notarial para el cuidado de la salud.

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar el formulario a su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios del proveedor suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de pedirle a un abogado o a otra persona en quien confíe, como un familiar o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que deban estar al tanto.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.
- Si va a ser hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital**.
  - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva consigo.
  - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Que su directiva anticipada se incluya en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo por firmar una directiva anticipada. Para obtener más información, llame a servicios para miembros.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que figuraban en ella, puede presentar un reclamo ante My Ombudsman de las siguientes maneras:

- Por teléfono: 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla deben marcar el 711 para comunicarse con MassRelay.

- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.
- Escriba a la oficina de My Ombudsman a:
  My Ombudsman
  25 Kingston St, 4th floor
  Boston, MA 02111
- Visite la oficina de My Ombudsman de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m. (se aceptan visitas sin cita previa).

H. Su derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

El capítulo 9 de este *manual del miembro* le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros del plan presentaron en nuestra contra. Llame a servicios para miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **capítulo 11** de este *manual del miembro*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para miembros.
- Llame al programa de servicio para las necesidades de seguro médico de todos (SHINE, por sus siglas en inglés) al 800-243-4636. Para obtener más información sobre SHINE, consulte el **capítulo 2**.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (línea gratuita), de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
  - Utilice el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla.
  - Use el videoteléfono (VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
  - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a 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 su acceso a los beneficios y servicios de One Care.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Derechos y protecciones de Medicare", que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 711).

I. 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 para miembros.

- **Lea este *manual del miembro*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
    - Servicios cubiertos, consulte los **capítulos 3 y 4** de este *manual del miembro*. En esos capítulos se indica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
    - Medicamentos cubiertos, consulte los **capítulos 5 y 6** de este *manual del miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Llame a servicios para miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de la salud a brindarle la mejor atención.
    - Proporcióneles la información que necesiten sobre usted y su salud. Infórmese todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

  - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health One Care, MassHealth (Medicaid) paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
  - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si tiene previsto mudarse, infórmenos de inmediato. 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **capítulo 1** de este *manual del miembro* proporciona información sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
  - Informe a Medicare y MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **capítulo 2** de este *manual del miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).
  - **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**
- **Llame a servicios para miembros si tiene preguntas o inquietudes.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer en los siguientes casos:

- Tiene un problema o un reclamo sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dice que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente información sobre qué hacer con su problema o inquietud.

Si tiene un problema con sus servicios

Debe recibir los servicios médicos, los servicios de salud conductual, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que sean necesarios para su atención como parte de su plan de atención médica personalizado (ICP). **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o utilizando MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o por videoteléfono (VP) 339-224-6831).** En este capítulo se explican las opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero también puede llamar a My Ombudsman para que lo ayuden con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de ponerse en contacto con ellos, consulte el **capítulo 2** para obtener más información sobre My Ombudsman.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 180

A1. Acerca de los términos legales 180

B. Dónde obtener ayuda 180

B1. Para obtener más información y ayuda 180

C. Comprensión de los reclamos y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan 182

D. Problemas con sus beneficios 182

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 182

E1. Decisiones de cobertura 182

E2. Apelaciones 183

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 183

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo? 185

F. Atención médica 185

F1. Cómo utilizar esta sección 185

F2. Solicitar una decisión de cobertura. 186

F3. Presentar una apelación de nivel 1 189

F4. Presentar una apelación de nivel 2 193

F5. Problemas de pago 197

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 198

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare 198

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare 200

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción 200

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 201

G5. Presentar una apelación de nivel 1 203

G6. Presentar una apelación de nivel 2 206

H. Solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada 207

H1. Información sobre sus derechos de Medicare 208

H2. Presentar una apelación de nivel 1 209

H3. Presentar una apelación de nivel 2 211

I. Solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 211

I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura 212

I2. Presentar una apelación de nivel 1 212

I3. Presentar una apelación de nivel 2 214

J. Llevar su apelación más allá del nivel 2 214

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 214

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid) 216

J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 216

K. Cómo presentar un reclamo 217

K1. Qué tipo de problemas deben ser objeto de reclamo 217

K2. Reclamos internos 219

K3. Reclamos externos 220

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo abordar los problemas y las inquietudes. El proceso que debe seguir depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y las apelaciones** y otro para **presentar reclamos** (también llamados quejas).

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Utilizamos las abreviaturas lo menos posible.

- Por ejemplo, decimos:
- "Hacer un reclamo" en lugar de "presentar una queja".
- "Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficio", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura".
- "Decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada".
- "Organización de revisión independiente" (IRO) en lugar de "Entidad de revisión independiente" (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda del programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP)

Puede llamar al programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP). Los asesores de SHINE pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con respecto a su problema. SHINE no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. SHINE cuenta con asesores capacitados en todos los condados 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. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).

Ayuda e información de Medicare

Si tiene alguna pregunta, 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite

Para obtener más información y ayuda, puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se mencionan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Puede llamar directamente al servicio al cliente de MassHealth para obtener ayuda con sus problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla): 711.

Ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede ponerse en contacto con mi ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier cuestión o problema con su plan One Care. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. También puede encontrar información sobre My Ombudsman en el **capítulo 2**. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder a sus preguntas o derivarlo al lugar adecuado para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarlo a resolver un problema o inquietud con One Care o su plan One Care, Tufts Health One Care. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará el problema y discutirá las opciones con usted para ayudarlo a resolverlo.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una forma formal de solicitar a su plan One Care, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Puede llamar, enviar un correo electrónico, escribir o visitar My Ombudsman en su oficina.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla deben utilizar MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831.
- Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
- Escriba o visite la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
    - Consulte el sitio web de My Ombudsman o póngase en contacto con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y el horario de atención al público.

- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org

C. Comprensión de los reclamos y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Usted tiene Medicare y MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). A veces se denomina "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

En ocasiones, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se pueden combinar. En esos casos, se utiliza un proceso para el beneficio de Medicare y otro proceso para el beneficio de MassHealth (Medicaid). La **sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si determinada atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **sección E,** "Decisiones de cobertura y apelaciones".	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **sección K**, "Cómo presentar un reclamo".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se refiere a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica, incluidos los servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, así como el pago. Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B como **atención médica.**

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta

derivación se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición (consulte el **capítulo 4**, **sección H** de este *manual del miembro).*

Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto para usted por Medicare o MassHealth (Medicaid). Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión sobre la cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a la cobertura de determinada atención médica de Medicare, la carta le informará de que hemos enviado su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid), la carta le proporcionará información sobre ambos tipos de apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

Servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página.

Llame a su coordinador de atención médica.

- 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, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla deben utilizar MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831.
  - Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
  - Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.
  - Escriba o visite la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
  - Consulte el sitio web de My Ombudsman o póngase en contacto con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y el horario de atención al público.
- **Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no es necesario que tenga un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Llame a su propio abogado o solicite el nombre de un abogado al colegio de abogados local u otro servicio de derivación. Algunos grupos legales le ofrecerán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos.

Complete el formulario de designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a servicios para miembros a los números que figuran al pie de la página y solicite el formulario "Designación de representante". También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos detalles sobre cada una de ellas en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección correspondiente:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare"
- **Sección H**, "Solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada"
- **Sección I**, "Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a servicios para miembros a los números que figuran al final de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o utilice MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o videoteléfono (VP) 339-224-6831) o envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **capítulo 4** de este *manual del miembro*, en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a los medicamentos de la Parte B de Medicare. Cuando esto ocurre, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

En esta sección se explica qué puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

   Qué puede hacer: puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión. Consulte la **sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagaremos.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que pensaba que cubríamos y desea que le reembolsemos el dinero.

   Qué puede hacer: puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la **sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado de la salud. Consulte la **sección F4**.

   - Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **sección H** o la **sección I** para obtener más información.
   - Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o suspensión de su cobertura para ciertos cuidados médicos, utilice esta sección (**sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura.

> Cuando una decisión de cobertura afecta a su atención médica, se denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de las siguientes maneras:

- Por llamada: **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

- Por fax: 1-857-304-6308

- Por escrito:

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

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos "estándar", a menos que acordemos utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en un plazo de**:**

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa**.
- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **de todos los demás** servicios o artículos médicos.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un** medicamento de la Parte B de Medicare.

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda ser de beneficio para usted (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **sección K**.

Programa piloto de dos años: exige a todos los pagadores que aprueben o denieguen una solicitud de autorización previa para el ingreso en un centro de cuidados posagudos o la transición a una agencia de cuidados posagudos para cualquier paciente hospitalizado en un hospital de cuidados agudos que requiera servicios de cuidados posagudos cubiertos antes del siguiente día hábil tras la recepción por parte del pagador de toda la información necesaria para establecer la necesidad médica del servicio solicitado; siempre que no se produzca ninguna nueva admisión hasta que se haya completado la evaluación previa a la admisión y la revisión de los residentes requeridas de conformidad con el título 42 del CFR 483.

Si el día calendario inmediatamente posterior a la fecha de presentación de la solicitud completada no es un día hábil para el pagador, y este no puede tomar una decisión antes del siguiente día calendario, y el centro o agencia de cuidados posagudos receptor está abierto a nuevas admisiones e indicó que dicho centro o agencia aceptará al inscrito, entonces se eximirá la autorización previa; se requiere que el pagador proporcione la cobertura y se le permite comenzar su revisión simultánea de la admisión el siguiente día hábil.

Decisión de cobertura rápida

> El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado de la salud y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le damos una respuesta en un plazo de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud **de medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare.**

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si encontramos que falta información que podría ser de beneficio para usted (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para proporcionarnos la información necesaria para la revisión. Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió.** No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o afectar su capacidad para funcionar.

Le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo comunicaremos y utilizaremos los plazos estándar La carta le informa lo siguiente:
  - Le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico lo solicita.
  - Cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **sección K**.

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicándole los motivos.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.

- Si decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen, entre otros, los siguientes:

- Si la solicitud está incompleta.

- Si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo**.**

- Si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o utilizar MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831). My Ombudsman no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos:

Por escrito:
Tufts Health Plan
Attn: Appeals and Grievances Department
P.O. Box 474
Canton, MA 02021-0474

Por teléfono:
Servicios para miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

- Si su médico u otro prescriptor le pide continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.

- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web TuftsHealthOneCare.org.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
    - Desestimaremos su solicitud.
    - Le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.

- Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son haber padecido una enfermedad grave o que le hayamos proporcionado información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que presenta su apelación fuera de plazo cuando la presente.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

> El término legal para "apelación rápida" es **"reconsideración acelerada"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si le concedemos una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta en la que se lo comunicaremos y utilizaremos los plazos estándar La carta le informa lo siguiente:
    - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.

- Cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **sección K**.

Si le informamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la medida, lo que sea posterior.
  - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda ser de beneficio **para usted, podemos tardar hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.**
  - Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **sección K.**
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o antes de que transcurran los días adicionales, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), puede presentar usted mismo una audiencia imparcial de nivel 2 ante el estado tan pronto como se cumpla el plazo.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud,** enviamos su apelación a la IRO para que presente una apelación de nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación para la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda ser de beneficio para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.**
  - Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
  - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
  - Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **sección K.**

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite o antes de que transcurran los días adicionales, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), puede presentar usted mismo una audiencia imparcial de nivel 2 ante el estado tan pronto como se cumpla el plazo.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2.
- Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), la carta le informará cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2.

F4. Presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si Medicare, MassHealth (Medicaid) o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo en cuestión.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se complete la apelación de nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir, usted mismo debe presentar una apelación de nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como MassHealth (Medicaid)** pueden cubrir, automáticamente obtendrá una apelación de nivel 2 con la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reunía los requisitos para continuar recibiendo el beneficio cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento objeto de la apelación también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre Medicare, su beneficio para ese servicio no continuará durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre MassHealth (Medicaid), su beneficio para ese servicio continuará si presenta una apelación de nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

> El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su "archivo del caso") a esta organización. Tiene derecho a una copia gratis del archivo de su caso.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

- Si nos presentó una apelación rápida en el nivel 1, automáticamente obtendrá una apelación rápida en el nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

- **Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2.**
- Si presentó una apelación estándar ante nosotros en el nivel 1, automáticamente obtendrá una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO se tomará más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le dará su respuesta por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos hacer lo siguiente:
  - Autorizar la cobertura de la atención médica en un **plazo de 72 horas.**
  - Proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**.
  - Proporcionar el servicio en un **plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en cuestión:**
  - **En un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar.**
  - **En un plazo de 24 horas a partir de** la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación".
  - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.
  - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles.
  - Si su apelación de nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe después de su apelación de nivel 2.
  - Un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o un abogado mediador se encarga de la apelación de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid)

Una apelación de nivel 2 para servicios que MassHealth (Medicaid) suele cubrir es una audiencia imparcial con el estado. En MassHealth (Medicaid), una audiencia imparcial se denomina Junta de Audiencias. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono en un **plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de nivel 1. La carta que le enviamos le indica dónde debe presentar su solicitud de audiencia imparcial.

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que la lleva a cabo una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de apelaciones de nivel 2 de Medicare se denomina Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo. La organización de apelaciones de nivel 2 de MassHealth (Medicaid) se denomina Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

Usted tiene derecho a apelar tanto ante Medicare como ante MassHealth (Medicaid). Los servicios y artículos que puede obtener con nuestro plan están cubiertos solo por Medicare, solo por MassHealth (Medicaid) o por ambos.

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 negativa.

Cuando un servicio o artículo está cubierto solo por MassHealth (Medicaid), entonces **usted debe solicitar** una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid) si la respuesta a su apelación de nivel 1 fue **negativa** y desea apelar nuevamente.

- Cuando un servicio o artículo está cubierto **tanto** por Medicare como por MassHealth (Medicaid), usted recibirá **automáticamente** una apelación de nivel 2 de Medicare de la IRE si la respuesta a su apelación de nivel 1 fue **negativa. También puede solicitar** una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

Para garantizar que las apelaciones de nivel 2 sean justas y no tarden demasiado, hay algunas reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Imparciales **acepta** parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un **plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación".

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias Imparciales es **negativa** para la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de nivel 2 se remitió a la **IRO,** solo podrá volver a apelar si el valor monetario del servicio o artículo que desea alcanza una cantidad mínima determinada. Un ALJ o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de nivel 3. **La carta que recibirá de la IRO le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibirá de la oficina de Audiencia Imparcial le describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le cobren por servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exigirá que pague el saldo de ninguna factura por un servicio o artículo cubierto. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la factura usted mismo. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las normas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*. En él se describen las situaciones en las que es posible que tenga que solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que haya recibido de un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación para la solicitud de pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las normas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo, por lo general, dentro de los 30 días calendario, con un máximo de 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si aún no pagó por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicándole por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para solicitarnos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto ocurre.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo de 60 días calendario.

- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación". Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y MassHealth (Medicaid) suele cubrir el servicio o artículo, usted debe presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta. Consulte la **sección F4** para obtener más información. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de ellos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que MassHealth (Medicaid) sí puede cubrir. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección diremos "medicamento" en lugar de "medicamento de la Parte D de Medicare" cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso de la **sección E**. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - Cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no figura en la *lista de medicamentos* de nuestro plan.
  - Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener).

- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará una notificación por escrito en el que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**determinación de cobertura".**

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla siguiente como ayuda.

¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no figura en nuestra *lista de medicamentos* o necesita que hagamos una excepción a una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento que figura en nuestra *lista de medicamentos* y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Desea solicitarnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede solicitarnos una decisión de cobertura.**	**Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión).
Comience por la **sección G2** y, a continuación, consulte las **secciones G3 y G4**.	Consulte la **sección G4**.	Consulte la **sección G4**.	Consulte la **sección G5**.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro prescriptor debe explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

> Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento se denomina a veces solicitar una **"excepción del formulario".**
>
> Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel.**

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro prescriptor pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento que no figura en nuestra *lista de medicamentos***
   - Podemos aceptar hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en nuestra *lista de medicamentos.*
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *lista de medicamentos* (consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información).
   - Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
     - La obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina "autorización previa (PA)".
     - La obligación de probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina "terapia escalonada".
     - Cantidad límite. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede obtener.

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción

Su médico u otro prescriptor debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otro prescriptor debe proporcionarnos una declaración en la que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Nuestra *lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción suele durar hasta el final del año calendario. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamo**s su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desee llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes, por escrito o por fax. Esto pueden hacerlo usted, su representante o su médico (u otro prescriptor). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro prescriptor) o cualquier otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que dé permiso por escrito a su médico u otro prescriptor para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **capítulo 7** de este *manual del miembro*.
- Si solicita una excepción, envíenos una "declaración de respaldo". La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro prescriptor para solicitar la excepción.
- Su médico u otro prescriptor puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o correo postal. También pueden comunicárnoslo por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicite que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Utilizamos los "plazos estándar" a menos que acordemos utilizar los "plazos rápidos".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

> Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

Puede obtener una decisión de cobertura rápida en los siguientes casos:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad funcional se verían gravemente perjudicadas si utilizáramos los plazos estándar.

Si su médico u otro prescriptor nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la proporcionamos. Le enviamos una carta informándole al respecto.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro prescriptor, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos los plazos estándar.
    - Le enviamos una carta informándole al respecto. La carta también le indicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión.
    - Puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta más rápida si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **sección G6** para obtener más información sobre una apelación de nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta más rápida si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le haremos el reembolso dentro de los 14 días calendario. Es posible que se requieran medidas adicionales por parte del miembro. Si tiene alguna pregunta, llame a servicios para miembros al 1-855-393-3154 (TTY: 711).
- **Si** rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Presentar una apelación de nivel 1

> Presentar una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Inicie su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Esto pueden hacerlo usted, su representante o su médico (u otro prescriptor). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.

- Debe solicitar una apelación en un **plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son haber padecido una enfermedad grave o que le hayamos proporcionado información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que presenta su apelación fuera de plazo cuando la presente.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

> Una apelación rápida también se conoce como una "**redeterminación acelerada".**

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro prescriptor decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si seguimos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
    - Le daremos una respuesta más rápida si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de nivel 2.

- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario después** de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago por** un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que haya comprado en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe utilizar el proceso de apelación de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es **"Entidad de Revisión Independiente"**, a veces llamada **"IRE"**.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro prescriptor deben ponerse en contacto con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, la carta que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación de nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina "archivo del caso". **Tiene derecho a una copia gratis del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobado en un **plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **En un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.

- **En un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un **plazo de 72 horas** tras recibir la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el dinero por un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario tras recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación".

Si la **IRO** rechaza su apelación de nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta en la que le indicará el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelación, puede hacer lo siguiente:
    - Decidir si quiere presentar una apelación de nivel 3.
    - Consultar la carta que le envió la IRO después de su apelación de nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **capítulo 4** de este *manual del miembro.*

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para preparar el día en que salga del hospital. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que le den el alta.

- El día en que sale del hospital se denomina "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le informarán de cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada. En esta sección se explica cómo solicitarla.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de su ingreso en el hospital, alguien del personal del hospital, como el personal de enfermería o un asistente social, le entregará una notificación por escrito titulado "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de esta notificación cada vez que ingresan en un hospital.

Si no recibe la notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea la notificación** detenidamente y haga preguntas si hay algo que no entiende. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a:
    - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
    - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estancia en el hospital.
    - Saber dónde informar acerca de cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
    - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para indicar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
    - Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya comunicado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** de la notificación firmada para tener la información a mano si la necesita.

Si firma la notificación más de dos días antes del día que recibe el alta, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede ver una copia de la notificación por adelantado si:

- Llama a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página.
- Llama a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentar una apelación de nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la apelación de nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es adecuada desde el punto de vista médico para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud remunerados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad de las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Massachusetts, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en la notificación, "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos", y en el **capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y, a más tardar, en la fecha de alta prevista.

- **Si llama antes de salir**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista sin tener que pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, es posible que tenga que pagar el costo de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta prevista.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página.
- Llame a SHINE.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para **"revisión rápida"**; es **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

Qué ocurre durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta prevista. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con su fecha de alta prevista. La carta también explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta adecuada y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es **"Notificación detallada de alta".** Puede obtener una muestra llamando a servicios para miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un modelo de notificación en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios terminará al mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista.

H3. Presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, solicite a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que la QIO **rechazó** su apelación de nivel 1. **Solo** puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Vuelva a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle el costo de la atención hospitalaria desde el mediodía del día calendario siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Estarán de acuerdo con su decisión sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregan una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata sobre tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- Servicios de cuidado de la salud a domicilio.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto suele significar que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico considere necesario.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura

Le enviamos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se denomina "Notificación de no cobertura de Medicare". La notificación le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación para demostrar que la recibieron. Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentar una apelación de nivel 1

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le informa sobre el proceso de apelación de nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumplir con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **sección K** para obtener más información sobre los reclamos.
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a servicios para miembros a los números que aparecen al final de la página.
  - Llame a SHINE
- **Póngase en contacto con la QIO.**
  - Consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo ponerse en contacto con ella.
  - Pídales que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una "apelación acelerada".** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que pongamos fin a la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización

Debe ponerse en contacto con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor que figura en la "Notificación de no cobertura de Medicare" que le enviamos.

> El término legal para la notificación escrita es **"Notificación de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a servicios para miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan le proporcionó.
- Nuestro plan también le envía una notificación por escrito en la que se explican los motivos por los que se pone fin a la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

> El término legal para la explicación de la notificación es **"Explicación detallada de la no cobertura".**

- Los revisores le comunicarán su decisión en el plazo de un día completo después de recopilar toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos comunicado.
- Dejaremos de pagar el costo de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Usted deberá pagar el costo total de este cuidado de la salud si decide continuar con la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.

- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de nivel 2.

I3. Presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, solicite a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que la QIO **rechazó** su apelación de nivel 1. **Solo** puede solicitar esta revisión si continúa recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Vuelva a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos el costo de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Le proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Estarán de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.
- Le entregan una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación más allá del nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para los servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza una cierta cantidad mínima, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de nivel 2 explica a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación**,** tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado mediador.
    - Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez de un tribunal federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) suele cubrir. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le indicará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con My Ombudsman al 1-855-781-9898 (hay intérpretes disponibles para personas que no hablan inglés). Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla deben utilizar MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831. También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a info@myombudsman.org.

J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **aceptan** su apelación**:**

- El proceso de apelación se da por finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se da por finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez de un tribunal federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. Qué tipo de problemas deben ser objeto de reclamo

El proceso de reclamos se utiliza solo para determinados tipos de problemas, como los relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de la atención médica	No está satisfecho con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital.
Respeto por su privacidad	Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	Un proveedor de cuidado de la salud o un miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. Nuestro personal lo trató mal. Cree que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	No puede acceder físicamente a los servicios y centros de cuidado de la salud en el consultorio de un médico o proveedor. Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que habla que no es el inglés (como el American Sign Language o el español). Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla. Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, los servicios para miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	Usted cree que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	Usted cree que no le enviamos una notificación o una carta que debería haber recibido. Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamo	Ejemplo
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o las apelaciones	Usted cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. Usted cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. Usted cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de reclamos. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nuestro plan y este lo revisa. Un reclamo externo se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y esta lo revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o utilizar MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o videoteléfono (VP) 339-224-6831).

> El término legal para "reclamo" es **"queja".**
>
> El término legal para **"hacer un reclamo"** es “presentar una queja”.

K2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a servicios para miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711). Abrimos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si el reclamo es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla en un **plazo de 60 días calendario** posteriores a la fecha en que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, los servicios para miembros se lo indicarán.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Usted o su representante designado pueden presentar un reclamo estándar o rápido ante nosotros por:
  - **Teléfono:** 1-855-393-3154 (TTY: 711)
  - **Correo postal**:

Tufts Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
PO Box 474
Canton, MA 02021

- **Correo electrónico**: A través de la sección "Contáctenos" 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 los días festivos.

> **El término legal** para "reclamo rápido" es **"queja acelerada".**

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con un reclamo, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos información actualizada sobre el estado de su reclamación y el tiempo estimado para obtener una respuesta.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de "decisión rápida sobre la cobertura" o "apelación rápida", le damos automáticamente un "reclamo rápido" y respondemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque tardamos más tiempo del habitual en tomar una decisión de cobertura o en tramitar una apelación, le daremos automáticamente un "reclamo rápido" y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos tanto si estamos de acuerdo con el reclamo como si no.

K3. Reclamos externos

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su reclamo o enviarlo a Medicare. El formulario de reclamos de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente un reclamo ante Tufts Health One Care antes de presentar un reclamo ante Medicare.

Medicare toma en serio sus reclamos y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratis.

Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés)

Puede presentar un reclamo ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) si cree que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso para personas con discapacidad o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede ponerse en contacto con la oficina local de la OCR en el 1-800-368-1019 (TTY: 711). También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Puede ponerse en contacto con My Ombudsman para obtener ayuda llamando al 1-855-781-9898 (o utilizando MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o videoteléfono (VP) 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

QIO

Cuando su reclamo está relacionado con la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su reclamo a la QIO y a nuestro plan. Si presenta un reclamo a la QIO, colaboraremos con ellos para resolverlo.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los que el gobierno federal paga para que controlen y mejoren la atención prestada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de este *manual del miembro*.

En Massachusetts, la QIO se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-319-8452.

Capítulo 10: finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura médica después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y MassHealth (Medicaid) siempre que sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan 223

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 224

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado 225

C1. Sus servicios de Medicare 225

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid) 228

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 229

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 229

F. Normas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud 230

G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan 230

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan 231

A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados periodos del año. Dado que también tiene MassHealth (Medicaid), puede cancelar su membresía a nuestro plan en cualquier momento, en cualquier mes del año.

Además de esta flexibilidad, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3er mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o para la ayuda adicional cambió**.**
- Si se mudó recientemente, está recibiendo atención actualmente o acaba de mudarse de un centro de enfermería o un hospital de cuidados a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su membresía con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva membresía comienza el primer día del mes siguiente (el 1.º de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **sección C1**.
- Servicios de MassHealth (Medicaid) en la **sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a:

- Servicios para miembros al número que aparece al final de esta página. También se incluye el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Llame a 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, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla) pueden llamar al 711; **O**

- Envíe a MassHealth (Medicaid) un formulario de decisión de inscripción. Puede obtener el formulario en www.mass.gov/one-care o llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., si necesita que se lo enviemos por correo.

- El programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP), SHINE, al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no seleccionó un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar que lo den de baja de nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que cancelen su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con servicios para miembros al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 4 encontrará más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.

- **La sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también pondrá fin a su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Si decide abandonar nuestro plan, tiene varias opciones para obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Si no desea inscribirse en otro plan One Care después de abandonar Tufts Health One Care, volverá a recibir los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el período de **inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **sección A**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que le proporcione Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan, también conocido como plan integrado para necesidades especiales con doble elegible (D-SNP) o programa de atención integral para personas mayores (PACE).	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo D-SNP integrado. Para consultas sobre el programa de atención integral para personas mayores (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370. **O BIEN** Póngase en contacto directamente con un nuevo D-SNP integrado para inscribirse en su plan. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiarse a: **Original Medicare con un plan independiente de medicamentos de Medicare.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare independiente. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. **O BIEN** Póngase en contacto con un nuevo plan de medicamentos de Medicare para inscribirse directamente en su plan. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiarse a: **Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos de Medicare.** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos si cuenta con cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a SHINE al 1-800-243-4636, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de SHINE en su área, visite https://shinema.org/.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

4. Puede cambiarse a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante determinados periodos del año, incluidos el **período de inscripción abierta** y **el período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** u otras situaciones descritas en **la sección A**.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Para consultas sobre el programa de atención integral para personas mayores (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. **O BIEN** Póngase en contacto con un nuevo plan Medicare Advantage para inscribirse directamente en su plan. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Algunas personas que deciden no inscribirse en un plan One Care pueden inscribirse en otro tipo de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el programa de atención integral para personas mayores (PACE) (se aplican criterios adicionales). El PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de enfermería.
- Si tiene 65 años o más cuando abandone Tufts Health One Care, es posible que pueda ser elegible para inscribirse en un plan Senior Care Options (SCO).

Para obtener más información sobre los planes PACE o SCO y saber si puede inscribirse en uno de ellos, llame al programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Siga recibiendo los servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que transcurra un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y cuidado de la salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluyendo nuestros servicios de farmacia por pedido por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Tufts Health One Care, nuestro plan cubrirá su estancia en el hospital hasta que le den el alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos dar por terminada su membresía en nuestro plan:

- Si se produce una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para MassHealth (Medicaid) y su período de evaluación finalizó. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid).
- Si se inscribe en un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) de MassHealth (Medicaid).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
    - Si se muda a un centro de cuidados intermedios operado por el Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.

- Si tiene u obtiene otro seguro integral para medicamentos o atención médica.
- Si no es ciudadano estadounidense o no reside legalmente en los Estados Unidos.
    - Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
    - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Los planes proporcionarán una elegibilidad continua a cualquier miembro que pierda su condición de elegible durante un periodo de 30 días, siempre que se apliquen los criterios de forma coherente a todos los miembros y se informe plenamente a los miembros de la política.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones, solo si obtenemos primero el permiso de Medicare y MassHealth (Medicaid):

- Si nos proporciona intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta de manera continua de forma disruptiva y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso si damos por terminada su membresía por este motivo).

F. Normas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **capítulo 9** de este *manual* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre la cancelación de su membresía, puede llamar a servicios para miembros al número que aparece al final de esta página.

Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

Este capítulo incluye las notificaciones legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *manual del miembro.*

Índice

A. Notificación sobre las leyes 233

B. Notificación sobre no discriminación 233

C. Notificación sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso 233

C1. Subrogación 234

C2. Derecho de reembolso del plan de salud 234

D. Notificación sobre prácticas de privacidad 235

D1. Notificación de las políticas de privacidad 235

D2. Cómo protegemos su información 235

D3. Cómo utilizamos y divulgamos su información 236

D5. Sus derechos con respecto a su información 241

D6. A quién contactar en caso de preguntas o reclamos 242

A. Notificación sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este *manual*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y MassHealth (Medicaid). También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Notificación sobre no discriminación

No discriminamos ni tratamos de manera diferente a nadie por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o conductual, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado de la salud o a un proveedor, llame a servicios para miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, servicios para miembros puede ayudarlo.

C. Notificación sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

En ocasiones, otra persona debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación del trabajador deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de la salud a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

C1. Subrogación

La subrogación es el proceso por el cual Tufts Health One Care recupera parte o la totalidad del costo de su cuidado de la salud de otra aseguradora. Ejemplos de otras aseguradoras incluyen los siguientes:

- Su seguro de automóvil o de vivienda.
- El seguro de automóvil o de vivienda de una persona que causó su enfermedad o lesión.
- Compensación del trabajador.

Si una aseguradora que no sea Tufts Health One Care debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Tufts Health One Care tiene el derecho de pedirle a esa aseguradora que nos reembolse. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura de esta póliza de Tufts Health One Care será secundaria cuando otro plan, incluida, entre otras, la cobertura de pagos médicos de una póliza de seguro de automóvil o vivienda, le proporcione cobertura para servicios de cuidado de la salud.

C2. Derecho de reembolso del plan de salud

Si usted recibe dinero de una demanda o un acuerdo por una enfermedad o lesión, Tufts Health One Care tiene derecho a pedirle que reembolse el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos obligarlo a reembolsarnos más que la cantidad de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

Como miembro de Tufts Health One Care, usted acepta lo siguiente:

- Informarnos de cualquier evento que pueda afectar a los derechos de subrogación o reembolso de Tufts Health One Care.
- Cooperar con Tufts Health One Care cuando le solicitemos 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 a investigar, solicitar y divulgar la información necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida en que lo permita la ley.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reembolsarnos los costos en los que incurramos, incluidos los honorarios razonables de los abogados, para hacer valer nuestros derechos en virtud de este plan.

D. Notificación sobre prácticas de privacidad

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede obtenerla. Lea atentamente esta notificación de las políticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, 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. Tenga en cuenta lo siguiente: del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. Puede visitar TuftsHealthPlan.com para leer nuestra notificación de las políticas de privacidad en línea.

D1. Notificación de las políticas de privacidad

Tufts Health Plan valora sus derechos de privacidad y se compromete a proteger la información demográfica, médica y financiera que podamos recibir o recopilar al prestarle servicios. La información que recopilemos incluye información médica protegida (PHI) e información personal (PI). La PHI es información que se relaciona con su condición de salud física o conductual, el cuidado de la salud o el pago del cuidado de la salud. La PI incluye información como su nombre y número de Seguro Social. La PHI y la PI se mencionan como "información" en el resto de la presente notificación.

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 reclamación con su información para que podamos pagarles por los servicios que le han prestado.

D2. Cómo protegemos su información

La ley nos exige mantener la privacidad de toda su información, incluida la información electrónica, escrita y verbal. Para respaldar esto, Tufts Health Plan documentó políticas y procedimientos de privacidad y seguridad que incluyen medidas de protección físicas y técnicas para proteger, utilizar y divulgar la información de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables. Tufts Health Plan protege la información electrónica mediante redes privadas, contraseñas, requisitos de autenticación y supervisión continua de las amenazas a la seguridad. El acceso a su información está limitado a los empleados que la necesitan para realizar su trabajo. Además, todos los empleados deben completar una capacitación anual sobre privacidad y seguridad. Tufts Health Plan también exige a sus socios comerciales que colaboran en la administración de su cobertura de cuidado de la salud que protejan su información de conformidad con las leyes aplicables.

Tufts Health Plan está obligado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (conocida como la ley "HIPAA") a proporcionarle una notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información, y a cumplir con las obligaciones y prácticas descritas en la notificación en vigor. Es posible que los términos de la presente notificación se modifiquen en cualquier momento y que se aplique la nueva notificación a cualquier información con la que ya se cuente. Si se realiza un cambio importante, se publicará la notificación actualizada en nuestro sitio web, TuftsHealthPlan.com.

D3. Cómo utilizamos y divulgamos su información

Con el fin de administrar su cobertura de servicios de cuidado de la salud, incluyendo el pago de dichos servicios, es necesario que utilicemos y divulguemos su información de diferentes maneras. Las políticas de Tufts Health Plan exigen que solo utilicemos o divulguemos la cantidad mínima de información necesaria para el fin previsto. En determinadas circunstancias, la ley (incluida la ley HIPAA) permite o exige a Tufts Health Plan utilizar o divulgar su información sin su autorización por escrito. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones que la ley federal nos permite o exige realizar sin su autorización por escrito. Cuando las leyes estatales u otras leyes federales le ofrezcan una mayor protección de la privacidad, seguiremos los requisitos más estrictos.

Para fines de pago

Tufts Health Plan puede utilizar o divulgar su información para fines de pago con el fin de administrar sus beneficios de salud, lo que puede implicar la obtención de primas, la determinación de si es elegible, el pago de reclamaciones y la coordinación de beneficios. Los ejemplos incluyen:

- Pagar las reclamaciones que nos presentaron médicos y hospitales.
- Proporcionar información a un tercero para administrar una cuenta financiada por el empleado o el empleador, como una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o una cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés), u otro plan de beneficio, como un plan de beneficios dentales.
- Realizar revisiones de necesidad médica.
- Compartir información con terceros para fines de recuperación de seguro de responsabilidad civil (ILR, por sus siglas en inglés) o subrogación.

Para operaciones de cuidado de la salud

Tufts Health Plan puede utilizar o divulgar su información con fines operativos, tales como la gestión de la atención, el servicio al cliente, la coordinación de la atención o la mejora de la calidad. Los ejemplos incluyen:

- Evaluar y mejorar la calidad del servicio, la atención y los resultados para nuestros miembros.
- Aprender cómo mejorar nuestros servicios mediante encuestas internas y externas.
- Revisar las cualificaciones y desempeño de los médicos.
- Evaluar el rendimiento de nuestro personal, como revisar las conversaciones telefónicas de nuestros representantes de servicio al cliente con usted.

- Buscar la acreditación de organizaciones independientes, tales como el National Committee for Quality Assurance.
- Participar en programas de bienestar, salud preventiva, detección temprana, gestión de enfermedades, iniciativas de participación en la evaluación de riesgos para la salud, gestión de casos y coordinación de programas de atención, incluido el envío de recordatorios de servicios de salud preventiva.
- Proporcionarle información sobre un producto o servicio relacionado con la salud incluido en su plan de beneficios.
- Utilizar la información para suscribir pólizas, establecer tarifas de primas y determinar los montos de costo compartido, así como para la administración de pólizas de reaseguro. (Tufts Health Plan no utilizará ni divulgará ninguna información genética que pueda recibir para fines de suscripción).
- Facilitar la transición de atención de una a otra aseguradora, planes de salud o administradores de terceros.
- Comunicarnos con usted sobre su condición de elegible para programas públicos, 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 el tratamiento

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

- Nuestros gerentes de atención médica proporcionan su información a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que reciba los servicios que necesita después de ser dado de alta del hospital.
- Programas de mejora de la calidad, iniciativas de seguridad y recordatorios clínicos enviados a su médico de atención primaria.
- Divulgar una lista de medicamentos que recibe utilizando su cobertura de Tufts Health Plan para avisar a los proveedores que lo atienden sobre cualquier medicamento recetado por otros proveedores y ayudar a minimizar posibles interacciones adversas entre medicamentos.
- Recibir de los laboratorios que utiliza, de sus proveedores o directamente de usted, los resultados de sus pruebas, usar esos resultados para desarrollar herramientas para mejorar su salud general y compartirlos con los proveedores que participan en su atención médica.

Para otros fines permitidos u obligatorios

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, a su familia y a otras personas involucradas en su cuidado de la salud cuando usted no pueda comunicarse (por ejemplo, durante una emergencia), cuando usted esté presente antes de la divulgación y dé su consentimiento, o cuando la información sea claramente relevante para su participación en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado.

- Compartir información sobre la elegibilidad y el copago, el coseguro y el deducible de las personas a cargo con el suscriptor del plan de salud para facilitar la gestión de los costos de salud y la verificación del Servicio de Impuestos Internos. **Nota**: Los miembros elegibles no pagan nada por los servicios cubiertos.

- A su representante personal (incluidos los padres o tutores de un menor, siempre que esa información no esté sujeta a restricciones adicionales por las leyes estatales o federales aplicables) o a una persona que usted haya indicado previamente como su representante designado o que esté autorizada para recibir su información. La información relacionada con cualquier atención que un menor pueda recibir sin el consentimiento de los padres sigue siendo confidencial, a menos que el menor autorice su divulgación.

- A nuestros socios comerciales y afiliados. Tufts Health Plan puede contratar a otras organizaciones para que presten servicios en nuestro nombre. En estos casos, Tufts Health Plan celebrará un acuerdo con la organización en el que se describirán explícitamente los requisitos relacionados con la protección, el uso y la divulgación de su información. Las siguientes compañías 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., and Point32Health Services, Inc. Group Health Plan.

- A su patrocinador de plan, cuando comparta información utilizada para fines de la inscripción, renovación del plan o administración del plan. Se trata de su empleador o del 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.

- A entidades gubernamentales, como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, the Health Connector, HealthSourceRI o MassHealth (Medicaid), si está inscrito en un plan financiado por el gobierno.

- Para proporcionar información para investigaciones sobre salud con el fin de mejorar la salud de nuestros miembros y la comunidad en determinadas circunstancias, como cuando una Junta de Revisión Institucional o una Junta de Privacidad aprueba una propuesta de investigación con protocolos para proteger su privacidad, o con fines preparatorios para la investigación.
- Para cumplir con leyes y normas, 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 y en los esfuerzos para responder ante una pandemia.
- Para reportar casos en los que se sospecha maltrato, negligencia o violencia doméstica.
- Para actividades de supervisión sanitaria, como auditorías, inspecciones y acciones disciplinarias o relacionadas con la concesión de licencias. Por ejemplo, Tufts Health Plan puede enviar información a organismos gubernamentales, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o un departamento de seguros estatal, para demostrar su cumplimiento de las leyes estatales y federales.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, como respuestas a órdenes judiciales, citaciones o divulgación de pruebas.
- Para fines de aplicación de la ley, como ayudar a identificar o localizar a una víctima, un sospechoso o una persona desaparecida.
- Divulgaciones a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias sobre personas fallecidas. Tufts Health Plan también puede divulgar información sobre una persona fallecida a una persona que haya participado en su cuidado de la salud o en el pago del cuidado de la salud, o a la persona con autoridad legal para actuar en nombre del patrimonio de la persona fallecida.
- A organizaciones de obtención de órganos con fines de donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres, solo después de su autorización previa.
- Para prevenir una amenaza grave para su salud o seguridad, o la de otra persona.
- Para funciones gubernamentales especializadas, tales como seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Divulgaciones por parte de empleados con fines de denuncia de irregularidades.

Cualquier otro uso o divulgación que sea diferente a los permitidos o necesarios que se describieron anteriormente, Tufts Health Plan solo 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. También necesitaremos su autorización o una orden judicial antes de divulgar los datos sobre su trastorno por consumo de sustancias (SUD) de un programa de tratamiento del SUD que cumpla con la definición de centro de la Parte 2 según las regulaciones federales en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra.

Usted podría otorgar su autorización por escrito para usar o divulgar su información a cualquier persona u organización para cualquier fin al presentar un formulario de autorización completo. El formulario se encuentra en TuftsHealthPlan.com o puede obtener una copia si se comunica con servicios para miembros llamando 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, excepto en la medida en que ya se haya hecho un uso o divulgación con base en una autorización firmada previamente. Puede optar por no recibir ninguna comunicación relacionada con la recaudación de fondos antes de que Tufts Health Plan utilice su información relacionada con un SUD con fines de recaudación de fondos para su propio beneficio.

Tenga en cuenta que cuando su información se divulga de acuerdo con la ley HIPAA, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la ley HIPAA.

D4. Información sobre el cuidado de la salud reproductiva

Tufts Health Plan tiene prohibido utilizar o divulgar su información sobre cuidado de la salud reproductiva para cualquiera de los siguientes fines:

- Para colaborar en una investigación o procedimiento penal, civil o administrativo en su contra por solicitar u obtener servicios legales de cuidado de la salud reproductiva. Por ejemplo, si los agentes del orden público de un estado que penaliza los servicios de salud reproductiva solicitan información relacionada con los servicios de cuidado de la salud reproductiva que usted obtuvo en un estado donde dichos servicios son legales, Tufts Health Plan no proporcionará esa información.
- Para colaborar en una investigación o procedimiento contra su proveedor de cuidado de la salud por proporcionar o facilitar servicios de cuidado de la salud reproductiva legales. Por ejemplo, Tufts Health Plan no proporcionará a las fuerzas del orden ni a otros funcionarios judiciales información relativa a proveedores que presten servicios de cuidado de la salud reproductiva en un estado donde dichos servicios sean legales.

Si Tufts Health Plan recibe una solicitud de información sobre su cuidado de la salud reproductiva, en determinados casos se exigirá al solicitante que firme una declaración para confirmar que no utilizará su información para fines no permitidos. Por ejemplo, exigiremos al solicitante que firme una declaración si la solicitud está relacionada con actividades de supervisión de la salud o con fines policiales.

D5. Sus derechos con respecto a su información

A continuación, se incluyen ejemplos de sus derechos según la ley federal con respecto a su información. Es posible que también tenga derechos adicionales según la ley estatal.

Solicitar una restricción

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que utilizamos y divulgamos su información para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud, a las personas involucradas en su atención o con fines de notificación, lo que incluye solicitar que no compartamos su información con fines de investigación médica. Sin embargo, por ley, no estamos obligados a cumplir con su solicitud.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que le enviemos notificaciones a una dirección de su preferencia o que nos pongamos en contacto con usted a través de medios alternativos. Por ejemplo, podría solicitar que le enviemos por correo su información a una dirección diferente a la de su suscriptor. Se dará respuesta a las peticiones razonables.

Acceder a su información y recibir una copia

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

Modificar su información

Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información si cree que es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias, como cuando no somos nosotros los creadores de la información. Por ejemplo, si un proveedor envía a Tufts Health Plan información médica que usted cree que es incorrecta, será el proveedor quien deba modificar dicha información.

Recibir un informe de las divulgaciones

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

Recibir una copia de esta notificación de las políticas de privacidad

Tiene el derecho de recibir, de nuestra parte, una copia en físico de la presente notificación en cualquier momento en que la solicite.

Ser notificado de una vulneración

Tiene derecho a ser notificado si se produce una vulneración de su información no protegida de nuestra parte o de nuestros socios comerciales. Le enviaremos una notificación por escrito mediante correo, salvo que no contemos con su información de contacto actualizada. En este caso, le notificaremos a través de un método sustituto, como la publicación de la notificación en nuestro sitio web público.

Puede ejercer cualquiera de sus derechos de privacidad descritos anteriormente poniéndose en contacto con servicios para miembros en el número de teléfono que figura 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 exigirá que renuncie a sus derechos como condición para la prestación de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficio.

D6. A quién contactar en caso de preguntas o reclamos

Si cree que se vulneraron sus derechos de privacidad o desea obtener más información, puede enviar una pregunta o reclamo a la siguiente dirección:

Privacy Officer
Point32Health
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

O bien, puede llamar a nuestra línea directa de cumplimiento al (877) 824-7123 o a los servicios para miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan.

También tiene derecho a presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede encontrar más información en www.hhs.gov/ocr.

Tufts Health Plan no tomará represalias en su contra por presentar un reclamo.

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN ENTRA EN VIGOR EL 30 DE JUNIO DE 2025 Y SUSTITUYE A LA VERSIÓN FECHADA EL 1.º DE SEPTIEMBRE DE 2022.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de este *manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información que la que incluye la definición, comuníquese con servicios para miembros.

Actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: una forma de impugnar nuestra decisión si cree que hemos cometido un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. **El capítulo 9** de este *manual* explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una.

Área de servicio: área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar de residencia de las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, suele ser el área en la que puede recibir servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de salud a domicilio: una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de alguien del personal de enfermería o de un terapeuta titulado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidados de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar el personal de enfermería o un médico.

Atención médica de urgencia: atención médica que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención médica urgente de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a ellos porque, dada la hora, el lugar o las circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener los servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan y necesite servicios médicos inmediatos para una afección imprevista, pero no se trate de una emergencia médica).

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de MassHealth (Medicaid) que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de MassHealth (Medicaid) que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o acudir a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación previa.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *lista de medicamentos cubiertos* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **capítulo 4** de este *manual del miembro*.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir el costo de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se denomina "Subsidio para bajos ingresos" o "LIS".

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte "Biosimilar intercambiable").

Cancelación de la inscripción: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no es su decisión).

Cantidad límite: un límite en la cantidad de un medicamento que puede recibir. Es posible que limitemos la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Capacitación en competencia cultural: capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de la salud para ayudarlos a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias a fin de adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de enfermería especializada (SNF): centro de enfermería con personal y equipamiento para proporcionar cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de cuidado de la salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación mayor. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro o residencia de ancianos: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Centro quirúrgico ambulatorio: centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El **capítulo 2** de este *manual del miembro* explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): un Consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagamos por sus servicios de salud. El **capítulo 9** de este *manual del miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: una oficina en su estado que trabaja como su defensor. Puede responder a sus preguntas si tiene un problema o un reclamo y puede ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información en los **capítulos 2 y 9** de este *manual del miembro*.

Derivación: una derivación es la aprobación de su médico de atención primaria (PCP) para utilizar un proveedor distinto de su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para acudir a determinados especialistas, como los especialistas en salud femenina. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en los **capítulos 3 y 4** de este *manual del miembro*.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones de cobertura". El **capítulo 9** de este *manual del miembro* explica las decisiones de cobertura.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de MassHealth (Medicaid) en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid). Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos medios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de atención interdisciplinario (ICT o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo de atención: consulte "Equipo de atención interdisciplinaria".

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico le receta para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: médico que brinda cuidado de la salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Evaluación de riesgo de salud (HRA): una revisión de su historial médico y su estado actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inapropiada: situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el monto de nuestros costos compartidos por los servicios. Llame a servicios para miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Dado que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** tiene que pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: farmacia (droguería) que aceptó surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no aceptó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficio en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para cada inscrito sobre los medicamentos cubiertos y el beneficio. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, cantidad límite) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona fue certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluyendo sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Un inscrito que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.

Información médica personal (también denominada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestra notificación de las políticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa una apelación de nivel 3.

***Lista de* medicamentos *cubiertos* (*lista de medicamentos*):** una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *lista de medicamentos* le indica si hay alguna norma que deba seguir para obtener sus medicamentos. La *lista de medicamentos* a veces se denomina "formulario".

Manejo de terapia medicamentosa (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un proveedor de cuidado de la salud para revisar los medicamentos. Consulte el **capítulo 5** de este *manual del miembro* para obtener más información.

***Manual del miembro* e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

MassHealth (Medicaid): el programa Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. MassHealth (Medicaid) está gestionado por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y el costo médico.

Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.

Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicaid (o asistencia médica): programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Médicamente necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

De acuerdo con la ley y la normativa de Medicaid y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios en los siguientes casos:

- No hay ningún otro servicio médico o lugar de servicio disponible, que funcione igual de bien, que sea adecuado para usted y que sea menos costoso.
- Se puede calcular razonablemente que previenen, diagnostican, evitan el empeoramiento, alivian, corrigen o curan afecciones que ponen en peligro su vida, le causan sufrimiento o dolor, provocan deformidades o disfunciones físicas, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o dan lugar a enfermedades o dolencias.

Medicamento de marca: medicamento fabricado y vendido por la compañía que lo creó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento aprobado por la FDA para sustituir a un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Suele ser más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. MassHealth (Medicaid) puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o fármacos que una persona puede comprar sin receta médica de un profesional del cuidado de la salud.

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como "Medicare Parte C" o "MA", que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica gestionada (consulte "Plan de salud").

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Consulte el **capítulo 3** de este *manual del miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de los médicos de atención primaria.

- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su médico de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- También puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su atención y derivarlo a ellos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y MassHealth (Medicaid) que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Organización de revisión independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **entidad de revisión independiente.**

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que revise y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **capítulo 2** de este *manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. En virtud de Original Medicare, los servicios están cubiertos mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: término que se utiliza cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo ingresan formalmente, es posible que se lo considere paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Parte A de Medicare: programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicos necesarios en hospitales, centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y en un hospicio.

Parte A: consulte "Parte A de Medicare".

Parte B de Medicare: programa de Medicare que cubre los servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: consulte "Parte B de Medicare".

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías de seguros médicos privados proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte C: consulte "Parte C de Medicare".

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar. Medicare Parte D cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare ni por MassHealth (Medicaid). Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte "Parte D de Medicare".

Persona inscrita en Medicare-Medicaid: persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Plan de atención médica personalizado (ICP o plan de atención): un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de atención: consulte "Plan de atención médica personalizado".

Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención que lo ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para proporcionarle la atención que necesita.

Producto biológico original: un producto biológico que fue aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH.

Programa de atención integral para personas mayores (PACE): un programa que cubre conjuntamente los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Programa de gestión de medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que se utilizan con frecuencia de forma indebida.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambio de hábitos de salud que ofrece formación sobre cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los retos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomías y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, personal de enfermería y otras personas que brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Cuentan con licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de cuidado de la salud.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o **centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni operado por nuestro plan y que no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **capítulo 3** de este *manual del miembro* explica qué son los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Reclamo: declaración escrita u oral en la que se indica que tiene un problema o una inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal de "hacer un reclamo" es "presentar una queja".

Salud conductual: término general que se refiere a la salud conductual y los trastornos por consumo de sustancias**.**

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **capítulo 4** de este *manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para miembros: departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el **capítulo 2** de este *manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios para miembros.

Servicios preventivos: cuidado de la salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica crónica. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería o al hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y centros de enfermería (NF).

Subsidio para bajos ingresos (LIS): consulte "ayuda adicional"**.**

Terapia escalonada: norma de cobertura que le exige que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

TUFTS Health Plan
a Point32Health company

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week from 8 a.m. to 8 p.m., or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意：如果您说[中文]， 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务， 以无障碍格式提供信息。致电 1-855-393-3154（文本电话：711, 每天早上 8 点到晚上 8 点, 或咨询您的服务提供商。

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-393-3154 (TTY: 711), sept jours sur sept, de 8 a.m. à 8 p.m., ou parlez à votre fournisseur.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-393-3154 (Người khuyết tật: 711), bảy ngày trong tuần từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-393-3154 (TTY: 711), Sieben Tage die Woche von 8 bis 20 Uhr., an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Japanese 注：他の言語をお話しになる場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。また、適切な補助サポートおよびサービスをアクセス可能な形式の情報として無料でお届けしております。1-855-393-3154（TTY：711）（年中無休、午前 8 時～午後 8 時）にお電話いただくか、ご利用のプロバイダにお知らせください。

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

TUFTS Health Plan
a Point32Health company

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-393-3154 (TTY: 711), 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지, 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-393-3154 (TTY: 711), семь дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m., или обратитесь к своему поставщику услуг.

(Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فستكون هناك خدمات مساعدة لغوية مجانية متاحة لك. كما تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-393-3154 (رقم الهاتف النصي: 711)، على مدار الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، أو تحدث إلى موفر الخدمة الذي تتعامل معه.

हिंदी (Hindi)न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-393-3154 (TTY: 711) ,सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक।, पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-393-3154 (tty: 711), sette giorni su sette dalle 8.00 alle 20.00., o parla con il tuo fornitore.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-855-393-3154 (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711), sete dias por semana, das 8h às 20h., ou fale com o seu prestador.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-393-3154 (TTY: 711), siedem dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00., lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

H5314_7975_C_Accepted

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

TUFTS Health Plan
a Point32Health company

ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចូរចាប់អារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងទៀត សេវាជំនួយខាងភាសាដោយឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ សេវានិងជំនួយសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បានក៏មានដោយមិនគិតថ្លៃផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-393-3154 (TTY: 711), បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-855-393-3154 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-855-393-3154 (TTY: 711), Επτά ημέρες την εβδομάδα, από τις 8:00 π.μ. έως τις 8:00 μ.μ., ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-393-3154 (TTY: 711), સપ્તાહના સાતેય દિવસ સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રિના 8 વાગ્યા સુધી., પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Tagalog PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng ibang lenggwahe, ang libreng tulong sa wika ay maari mong magamit. Ang naaangkop na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon na naa-access na pormat ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-393-3154 (TTY: 711), pitong araw sa isang linggo mula 8:00 ng umaga hanggang 8:00 ng gabi o maaring makipag usap sa provider.

ລາວ(Laos) ຊຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-393-3154 (TTY: 711), 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ., ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

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. Ten en cuenta lo siguiente: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **TuftsHealthOneCare.org**.

TUFTS Health Plan

a **Point32Health** company