Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y para medicamentos con NaviCare® HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid)

Introducción al *Manual del miembro*

Este Manual del miembro*, también conocido como Evidencia de cobertura,* le informa sobre su cobertura en virtud de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura para 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*.

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

En este *Manual del miembro*, los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan” hacen referencia a Fallon Health NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP.

Este documento está disponible de forma gratuita en jemer, español y vietnamita. Hay otros idiomas disponibles de forma gratuita si lo pide.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a los números de Servicios para los Inscritos que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Inscritos.

En el formulario de inscripción de cada miembro, solicitamos su idioma preferido o el material en un formato alternativo para las comunicaciones escritas y verbales o la solicitud de la información en un formato alternativo. Su preferencia de idioma se registrará y guardará en nuestro sistema operativo central para todas las comunicaciones futuras con el fin de que usted no tenga que realizar una solicitud por separado en cada oportunidad.

Puede cambiar su idioma o formato de comunicación preferidos informando a un miembro de su equipo interdisciplinario de atención (ICT) o llamando a Servicios para los Inscritos.

H8928_270036SP_C
26-676-029SP Rev. 00 08/26

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Índice

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares 4

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 8

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 21

Capítulo 3: Usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos 40

Capítulo 4: Tabla de beneficios 69

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos 143

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) 168

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar por los servicios cubiertos. 174

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 182

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones) 206

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 253

Capítulo 11: Avisos legales 264

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 266

Descargos de responsabilidad

- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- NaviCare HMO SNP/NaviCare NHC HMO SNP es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa MassHealth (Medicaid) de Mancomunidad de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Nuestros medicamentos cubiertos, nuestra red de farmacias o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.
- Este documento está disponible de forma gratuita en jemer, español y vietnamita. Hay otros idiomas disponibles a pedido de forma gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita.
- Solicitamos el idioma preferido de cada miembro y sus necesidades de formato alternativo, incluidas las comunicaciones escritas y verbales, en el formulario de inscripción. Almacenamos su preferencia en nuestro sistema central para que se aplique a futuras comunicaciones y no necesite solicitarla cada vez.

  Los miembros inscritos pueden cambiar su idioma o formato de comunicación preferidos si informan a un miembro de su equipo interdisciplinario de atención (ICT) o si llama a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo).
- Recuperación de patrimonio: MassHealth (Medicaid) está obligado por ley federal a recuperar dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tienen 55 años o más, o miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia o en otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-877-700-6996 (TTY 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita.

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-700-6996. Someone who speaks English can help you. La llamada es gratuita. We also provide free auxiliary aids and services, such as large print, braille, or audio. Just call us at the number above to make this request.

Español: Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, solo llámenos al 1-877-700-6996. Alguien que habla español podrá ayudarle. La llamada es gratuita. También ofrecemos ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como impresión en letra grande, braille o audio. Solo llámenos al número mencionado arriba para hacer esta solicitud.

Chino: 我們提供免費口譯服務，以解答您有關我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯服務，請撥打 1-877-700-6996。會有說中文的人為您提供幫助。此為免付費電話。我們也提供免費的輔助工具和服務，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請撥打上述電話向我們提出請求。

Francés: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir sur notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour obtenir un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-877-700-6996. Une personne parlant français pourra vous aider. L'appel est gratuit. Nous fournissons également gratuitement des aides et des services auxiliaires, tels que des documents en gros caractères, en braille ou audio. Il vous suffit de nous appeler au numéro ci-dessus pour en faire la demande.

Vietnamita: Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp mọi thắc mắc liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu chúng tôi bố trí thông dịch viên, vui lòng gọi điện đến số 1-877-700-6996. Một nhân viên nói tiếng Việt sẽ hỗ trợ quý vị. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. Chúng tôi cũng cung cấp các công cụ và dịch vụ hỗ trợ miễn phí, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc băng thu âm. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại bên trên để yêu cầu các dịch vụ này.

Coreano: 저희는 건강 플랜 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해 드릴 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 이용하시려면 1-877-700-6996로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 직원이 도와드릴 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 또한 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 무료 보조 지원과 서비스도 제공합니다. 이러한 요청을 하시려면 위의 번호로 전화해 주십시오.

Ruso: Мы можем предоставить вам бесплатные услуги переводчика, чтобы вы могли получить ответы на все ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания и обеспечения лекарственными препаратами. Чтобы запросить услуги переводчика, просто позвоните по номеру 1-877-700-6996. Сотрудник, владеющий русским языком, сможет вам помочь. Звонок бесплатный. Мы также предлагаем бесплатные вспомогательные средства и услуги, например материалы, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Просто позвоните нам по вышеуказанному номеру, чтобы сделать соответствующий запрос.

Árabe:

لدينا خدمات مترجم فوري مجانية للإجابة على أي أسئلة التي قد تكون لديك حول خطتنا للرعاية الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم 8-177-706-0996 . يمكن لشخص يتكلم اللغة الإنجليزية أن يساعدك. إن المكالمة مجانية. نحن نقدم أيضًا مساعدات وخدمات مساعدة مجانية، مثل طباعة بأحرف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو ملفات صوتية. فقط اتصل بنا على الرقم المذكور أعلاه لتقديم هذا الطلب.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया पाने के लिए बस हमें 8-177-706-0996 पर कॉल करें। कोई हिन्दी बोलने वाला व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। कॉल निःशुल्क है। हम बड़े प्रिंट, ब्रेल या ऑडियो जैसी निःशुल्क सहायक सामग्री और सेवाएं भी प्रदान करते हैं। इस अनुरोध के लिए बस हमें ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

Italiano: Disponiamo di servizi gratuiti di interpretariato per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per chiedere un interprete basta chiamarci al numero 1-877-700-6996. La assisterà un operatore che parla italiano. La chiamata è gratuita. Forniamo inoltre servizi e supporti ausiliari gratuiti, come ad esempio stampa in caratteri grandi, braille o audio. Per questa richiesta basta chiamarci al numero sopra indicato.

Portugués: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicamentos. Para obter um intérprete, ligue para 1-877-700-6996. Alguém que fala português poderá prestar assistência. A chamada é gratuita. Também fornecemos recursos e serviços auxiliares gratuitos, como impressão em letras grandes, braile ou áudio. Basta ligar para o número acima e fazer tal solicitação.

Criollo haitiano: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-700-6996. Yon moun ki pale kreyòl ka ede w. Apèl la gratis. Nou bay èd ak sèvis oksilyè gratis tou, tankou gwo lèt, bray oswa odyo. Jis rele nou nan nimewo ki anwo a pou fè demann sa a.

Polaco: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszystkie Państwa pytania dotyczące planu ubezpieczenia zdrowotnego lub refundacji leków. Aby skorzystać z usług tłumacza, należy zadzwonić pod numer 1-877-700-6996. Osoba mówiąca po polsku udzieli Państwu pomocy. Połączenie jest bezpłatne. Zapewniamy również wsparcie i usługi pomocnicze, takie jak materiały pisane dużym drukiem, alfabetem Braille'a lub nagrania głosowe. Aby o nie poprosić, wystarczy zadzwonić pod podany powyżej numer telefonu.

Jemer: យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយ ដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 8-177-706-0996។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស អាចជួយអ្នកបាន។ ការទាក់ទងតាមទូរសព្ទនេះគឺពុំគិតថ្លៃឡើយ។ យើងក៏ផ្តល់ជំនួយបន្ថែម និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាប ឬសំឡេង។ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខខាងលើដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។

Griego: Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντάμε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πρόγραμμα ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχουμε. Για να βρείτε διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στον αριθμό 1-877-700-6996. Κάποιος που μιλά αγγλικά μπορεί να σας βοηθήσει. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση. Επίσης, παρέχουμε δωρεάν βοηθήματα και βοηθητικές υπηρεσίες, όπως μεγάλη γραμματοσειρά, μπράιγ ή ηχητική μορφή. Απλώς καλέστε μας στον παραπάνω αριθμό για να υποβάλετε αυτό το αίτημα.

Guyaratí: અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવા છે. દુભાષિયા સેવા મેળવવા માટે, અમને 1-877-700-6996 પર કૉલ કરો. ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. કૉલ મફત છે. અમે મોટા પ્રિન્ટ, બ્રેઇલ અથવા ઑડિઓ જેવી મફત વધારાની સહાય અને સેવાઓ પણ પ્રદાન કરીએ છીએ. આ વિનંતી કરવા માટે અમને ફક્ત ઉપરના નંબર પર કૉલ કરો.

Laosiano: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບທຸກຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນປະກັນຢາຂອງພວກເຮົາ ເພື່ອຂໍນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 8-177-706-0996. ຈະມີຄົນທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາລາວມາຊ່ວຍທ່ານ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ນອກຈາກນີ້, ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມແບບບໍ່ເສຍຄ່າອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ການພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງບັນທຶກ. ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮ້ອງຂໍສິ່ງນີ້.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), y su membresía en él. También le indica qué 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 9

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid) 9
- B1. Medicare 9
- B2. MassHealth (Medicaid) 9

C. Ventajas de nuestro plan 10

D. Área de servicio de nuestro plan 11

E. ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 11

F. ¿Qué esperar cuando se une a nuestro plan de salud por primera vez? 12

G. Su equipo y plan de atención 13
- G1. Equipo interdisciplinario de atención 13
- G2. Plan de atención personalizado 14

H. Nuestro plan no tiene prima 15
- H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare 15

I. Este *Manual del miembro* 15

J. Otra información importante que recibe de nosotros 16
- J1. Su tarjeta de identificación del miembro 16
- J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 17
- J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 18
- J4. La *Explicación de beneficios* 18

K. Mantener actualizado su registro de membresía 20
- K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI) 20

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP es un plan Senior Care Option (SCO): MassHealth (Medicaid) junto con el plan de Medicare. Un plan SCO está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), proveedores de salud mental, proveedores de trastornos por consumo de sustancias, organizaciones comunitarias que pueden ayudar con las necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de atención médica. En un plan SCO, un navegador trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades específicas de salud. Un navegador también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

SCO es un programa administrado por Massachusetts y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen Medicare y MassHealth (Medicaid).

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a:

- personas de 65 años o más;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; **y**
- personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es el nombre del programa de Medicaid de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por Massachusetts, y es pagado por Massachusetts y el gobierno federal. MassHealth (Medicaid) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- lo que se considera ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos; **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y la Commonwealth of Massachusetts aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- sea elegible para participar en SCO;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y la Commonwealth of Massachusetts nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar 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 de Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga montos adicionales para unirse a este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo interdisciplinario de atención (ICT) que ayuda a conformar. Su ICT puede estar formado por usted mismo, su cuidador, médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Su navegador trabajará con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a crear un plan de atención personalizado. Su navegador es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de la atención.
- Su coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) le ayudará a encontrar y obtener servicios comunitarios de cuidado a largo plazo y apoyo social.
    - Tanto el navegador como el GSSC trabajan con su ICT para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su ICT, navegador y enfermero administrador de casos (NCM).
- Su ICT y su navegador trabajan con usted para crear un plan de atención personalizado (ICP) diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
    - Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma para asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos y pueden reducir cualquier efecto secundario que pueda tener a causa de los medicamentos.
    - Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP están disponibles solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan dentro del Mancomunidad de Massachusetts. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

El área de servicio de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP incluye los siguientes condados de Massachusetts:

- Barnstable
- Berkshire
- Bristol
- Essex
- Franklin
- Hampden
- Hampshire
- Middlesex
- Norfolk
- Plymouth
- Suffolk
- Worcester

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a 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 los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio dentro del Estado de Massachusetts (no se considera que las personas en prisión vivan en el área de servicio, incluso si se encuentran físicamente allí), **y**
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare; **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, **y**
- actualmente sea elegible para MassHealth Standard, **y**
- tenga 65 años o más; **y**
- no esté inscrito en una exención de los servicios en el hogar y la comunidad de MassHealth (HCBS) de MassHealth (excepto una exención para personas mayores frágiles); **y**
- no tenga otro seguro de salud.

Para ser elegible para nuestro plan, además debe cumplir con lo siguiente:

- No estar sujeto a un período de deducible de seis meses según la Sección 520.028 del Título 130 del CMR: Elegibilidad para deducibles.
- No residir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo.
- No estar internado en un hospital de rehabilitación o de enfermedades crónicas.
- No estar inscrito en otro seguro de salud ni tener acceso a alguno, a excepción de Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, como se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.
- No ser un refugiado, según lo descrito en la Sección 522.002 del Título 130 del CMR.
- Si usted pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero se espera que la recupere dentro de los 30 días, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) dentro de los 30 días, cancelaremos la inscripción en NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de la cancelación de la inscripción, deberá comunicarse con nosotros para inscribirse nuevamente en el plan.

  La **Sección C del Capítulo 4** brinda información sobre la cobertura y los costos compartidos durante este periodo. Para obtener más información, llame a Servicios para los Inscritos.

F. ¿Qué esperar cuando se une a nuestro plan de salud por primera vez?

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, recibe una evaluación de riesgos de la salud (HRA), también conocida como “evaluación integral”, en un plazo de 30 días después de su inscripción en el plan.

Debemos completar una HRA por usted. Esta HRA es la base para desarrollar el plan de atención personalizado (ICP). La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, conductuales, funcionales y de salud conductual. Las necesidades de atención primaria, las agudas y las necesidades a largo plazo se identifican en la HRA. Un administrador de atención trabajo social trabajará con su equipo interdisciplinario de atención (ICT) para abordar cualquier determinante social de la salud, incluida la falta de vivienda, la inseguridad alimentaria, la asistencia para el combustible y otras deficiencias en los servicios.

Nos comunicamos con usted para programar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona en el lugar que usted elija, una llamada telefónica o una consulta virtual. Nos comunicaremos con usted cada 6 meses para comprobar si alguna de sus necesidades cambió.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP es un plan nuevo para usted, puede seguir consultando a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que haya completado su HRA e ICP. Esto se denomina período de continuidad de la atención. Si toma algún medicamento de la Parte D de Medicare cuando se une a nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a realizar la transición a otro medicamento si es necesario.

Después de los primeros 90 días, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP. 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 obtener atención de las redes de proveedores.

G. Su equipo y plan de atención

G1. Equipo interdisciplinario de atención

Un equipo interdisciplinario de atención (ICT) puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita y desea. Un ICT puede incluir a su médico, un navegador, sus especialistas u otros profesionales de la salud que elija. Juntos, usted y su ICT elaborarán el plan de atención personalizado (ICP).

Su ICT puede incluir, entre otros, a su proveedor de atención primaria (PCP), navegador, enfermero administrador de casos (NCM), coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) o administrador de casos de salud conductual; y trabajará con usted para desarrollar su ICP y garantizar que reciba la atención que necesita. Un enfermero con acceso a su ICP está a disposición las 24 horas, los 7 días de la semana.

Su PCP es responsable de coordinar todas sus necesidades médicas, y de solicitar y monitorear las remisiones para servicios especializados cuando sea necesario.

Un navegador es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita y desea. Usted obtiene un navegador cuando se inscribe en nuestro plan. Su navegador es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de la atención. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan no proporciona y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su navegador e ICT.

Los NCM son enfermeros certificados con licencia en Massachusetts empleados por el plan. Evalúan el estado clínico y funcional del inscrito y desarrollan planes de atención personalizados para coordinar la atención de acuerdo con las necesidades, los objetivos y las preferencias de atención médica del inscrito. Los NCM participan en los TIC y coordinan la

atención en todo el proceso de proveedores y servicios, incluso durante las transiciones de atención.

Los GSSC no trabajan para los planes SCO. Provienen de Aging Services Access Points (ASAP) y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarle a defender sus necesidades.

G2. Plan de atención personalizado

Su ICT trabaja con usted para elaborar un plan de atención personalizado (ICP). Un ICP les 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 ICP es una herramienta de comunicación importante que describe sus objetivos y necesidades de atención personal. Incluye los objetivos y servicios anteriores y actuales para ayudar a guiar sus futuros apoyo y atención. El ICP se crea en función de las evaluaciones que el ICT realiza con usted.

El plan de atención personalizado incluye:

- su lista de objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que pueda tener y los pasos necesarios para abordarla; **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su ICT se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que tal vez quiera considerar recibir. Su ICP se crea en función de sus necesidades y objetivos. Estará en el centro del proceso de elaboración del ICP.

Su ICP incluye todos los servicios de apoyo y beneficios que su ICT ha autorizado para que usted reciba como miembro de NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP.

Para garantizar que esté recibiendo la atención más adecuada en todo momento, el ICT revisa, aprueba y autoriza cambios en su ICP, ya sea agregar, cambiar o interrumpir servicios. Su ICT reevalúa sus necesidades al menos cada 6 meses, y con más frecuencia si es necesario.

Cada año, su ICT trabajará con usted para actualizar su ICP en caso de que haya un cambio en los servicios de salud que necesita y desea. Su ICP también se puede actualizar a medida que sus objetivos o necesidades cambien durante el año.

H. Nuestro plan no tiene prima

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H1**)

H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la **Sección E**, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP, Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Además, hay programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare (por ejemplo, sus primas de Medicare). Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- Beneficiario calificado de Medicare (QMB): Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de MassHealth (Medicaid) (QMB+)).
- Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de MassHealth (Medicaid) (SLMB+)).
- Persona que reúne los requisitos (QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Si MassHealth (Medicaid) no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B de Medicare. **Además, comuníquese con Servicios para los Inscritos o con su navegador e infórmeles sobre este cambio.**

I. Este *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de 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 los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del miembro* que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección web que figura en la parte inferior de la página.

El contrato es válido para los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le brindamos incluye su tarjeta de identificación del miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos,* también conocida como *Lista de medicamentos o Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación del miembro

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando obtenga cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una muestra de la tarjeta de identificación del miembro:

NaviCare NHC HMO SNP



NaviCare HMO SNP



Si su tarjeta de identificación del miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los Inscritos a los números que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Si tiene preguntas, llame a NaviCare al 1-877-700-6996 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite fallonhealth.org/navicare.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de MassHealth (Medicaid) para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación del miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o 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 debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (de manera electrónica o impresa) llamando a Servicios para los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página. Las solicitudes de Directorios de proveedores y farmacias impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores, los abastecedores de equipo médico duradero y las farmacias. Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago.

Para los nuevos inscritos, su plan de atención personalizado debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen los siguientes:
    - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud de nuestro plan; **y**
    - agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

Los proveedores de la red aceptan los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad. 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 las recetas de los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera utilizar.

- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague los medicamentos.

Llame a Servicios para los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios para los Inscritos como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de la red.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos *Lista de medicamentos*, para abreviarla. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en la **Sección E** del **Capítulo 5.** Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP.

La *Lista de medicamentos* también indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, 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 es posible que ocurran algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para los Inscritos o visite nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página. También puede encontrar la *Lista de medicamentos cubiertos de venta libre y adicionales de MassHealth* más reciente de forma electrónica en fallonhealth.org/navicare.

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando utiliza sus beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

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 usted toma. En el **Capítulo 6** de este *Manual del miembro*, se brinda más información sobre la EOB y cómo esta le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para los Inscritos llamando a los números que figuran en la parte inferior de la página.

NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

También puede obtener su EOB por medios electrónicos. Para inscribirse:

1. Regístrese en el portal de miembros de OptumRx en optumrx.com.
2. Haga clic en “Sign in” (Iniciar sesión) para acceder al portal.
3. Haga clic en la pestaña “My profile” (Mi perfil).
4. Seleccione “Communication preferences” (Preferencias de comunicación).
5. En la categoría “Claims, billing and payments” (Reclamos, facturación y pagos), actualice la opción a “Paperless” (Documentación electrónica).

Si en algún momento cambia de parecer y quiere volver a recibir la EOB por correo postal, puede ingresar de nuevo a su cuenta y cambiar su preferencia a “Mail” (Correo postal) para su EOB.

K. Mantener actualizado su registro de membresía

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que sus datos sean 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, así como los montos de los costos compartidos**. Debido a esto, 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 de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o compensación para trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- internación en un centro de atención de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de usted); **y**
- su participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si la información cambia, llame a Servicios para los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página.

También puede actualizar su dirección y número de teléfono en línea ingresando en fallonhealth.org/navicare y haciendo clic en “MyFallon online tools” (Herramientas en línea de MyFallon) debajo de “Member resources” (Recursos para el miembro) para iniciar sesión en nuestro portal seguro para miembros.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información 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 proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su navegador y con otras personas para que actúen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

A. Servicios para los Inscritos 22
B. Su navegador 25
C. SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas) 26
D. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 27
E. Medicare 28
F. MassHealth (Medicaid) 30
G. Defensor del pueblo 31
H. Programa Long-Term Care Ombudsman 32
I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos 32
I1. Ayuda Adicional de Medicare 32
J. Seguro Social 33
K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 34
L. Recursos adicionales 35
L1. Puntos de acceso de servicios para personas de edad avanzada (ASAP) 35
L2. MassOptions 38
L3. Decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D 38

A. Servicios para los Inscritos

LLAME AL	1-877-700-6996. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo). Contamos con servicios gratuitos de interpretación para los miembros que requieran servicios de traducción.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo).
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	Fallon Health NaviCare Enrollee Services 1 Mercantile St., Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Comuníquese con Servicios para los Inscritos para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
  - Información sobre todos los servicios cubiertos y otros servicios o recursos disponibles
  - Cómo cambiar de plan o cómo cancelar la inscripción en nuestro plan
  - Sus derechos y responsabilidades
  - Información sobre proveedores, como la ubicación, las calificaciones, la accesibilidad y la disponibilidad de los proveedores
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
    - sus beneficios y servicios cubiertos; **o**
    - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
  - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si usted considera 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 los Inscritos.
- Reclamaciones sobre su atención médica
  - Puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una reclamación ante nosotros o la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención recibida (consulte la **Sección E**).
  - Puede llamarnos y explicar su reclamación al 1-877-700-6996 (TTY 711).
  - Si su reclamación está relacionada con una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte las **Secciones E y F** del **Capítulo 9**).
  - Puede enviar una reclamación sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - También puede llamar a My Ombudsman si necesita ayuda con **cualquier** reclamación o si necesita ayuda para presentar una apelación. (Consulte la **Sección I** para obtener la información de My Ombudsman).
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación por atención médica, 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 lo siguiente:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos; **o**
    - el monto que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare, a los medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid) y a los medicamentos de venta libre de MassHealth.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

- Reclamaciones sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una reclamación sobre sus medicamentos.
  - Si su reclamación es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la **Sección G** del **Capítulo 9**).
  - Puede enviar una reclamación sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación por medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

B. Su navegador

Los navegadores son miembros del equipo interdisciplinario de atención (ICT) y trabajan en estrecha colaboración con los enfermeros administradores de casos (NCM), los proveedores de atención primaria (PCP) y otros proveedores para ayudar a coordinar la atención y garantizar que los inscritos reciban los servicios necesarios, de acuerdo con los planes de atención personalizados (ICP). Los navegadores abogan en nombre de los inscritos y desempeñan un papel clave para reducir las brechas en la atención y educar a los inscritos sobre sus beneficios.

LLAME AL	1-877-700-6996. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo). Contamos con servicios gratuitos de interpretación para los miembros que requieran servicios de traducción.
TTY	711 Esta llamada es gratuita de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo).
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	Fallon Health NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP 1 Mercantile St., Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Póngase en contacto con su navegador para obtener ayuda con lo siguiente:

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

C. SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas).

SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita sobre seguros de salud a nivel local a personas con Medicare.

LLAME AL	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-439-2370 *(solo Massachusetts)* Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Llame al número que se menciona más arriba para averiguar 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 consejeros de SHINE pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarle con lo siguiente:
  - entender sus derechos;
  - entender sus opciones de planes;
  - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan;
  - ayudarle a presentar reclamaciones sobre la atención médica o el tratamiento; **y**
  - solucionar problemas con sus facturas.

D. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-319-8452
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Acentra Health QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Cómo presentar una reclamación sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
    - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo;
    - considera que su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto; **o**
    - considera que la atención médica a domicilio, la atención en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

E. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
CHATEE EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare at 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 su costo y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y las "consultas de bienestar" anuales). • Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una reclamación ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus reclamaciones de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

F. MassHealth (Medicaid)

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

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

Puede obtener información sobre MassHealth (Medicaid) en los Puntos de acceso de servicios para personas de edad avanzada (ASAP). Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con un ASAP, consulte la **Sección L1** de este capítulo. Además, debido a que usted está inscrito tanto en Medicare como en MassHealth (Medicaid), también puede comunicarse con Medicare (consulte la **Sección E** de este capítulo para obtener información de contacto) si tiene alguna pregunta.

LLAME AL	1-800-841-2900
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
EMAIL	membersupport@mahealth.net
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth

G. Defensor del pueblo

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con Senior Care Options (SCO). Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. El personal de My Ombudsman puede hacer lo siguiente:

- Puede responder a sus preguntas o remitirlo al lugar correcto para que encuentre lo que necesita.
- Puede ayudarle a resolver un problema o una inquietud con SCO o su plan SCO, NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted acerca de 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 comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación y los horarios de atención.

LLAME AL	1-855-781-9898 (línea gratuita)
MassRelay y videoteléfono (VP)	Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. Videoteléfono (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor Boston, MA 02111
EMAIL	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

H. Programa Long-Term Care Ombudsman

El Programa Long-Term Care Ombudsman ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver los problemas entre estos hogares y los residentes o sus familias.

El programa no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	617-222-7495

I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos

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

I1. Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda Adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.medicare.gov

J. Seguro Social

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

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

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas acciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si obtiene 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.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda de la RRB y obtener información grabada durante las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

L. Recursos adicionales

L1. Puntos de acceso de servicios para personas de edad avanzada (ASAP)

Puede obtener información sobre MassHealth (Medicaid) en los Puntos de acceso de servicios para personas de edad avanzada (ASAP). Los ASAP son organizaciones que brindan asistencia y servicios a las personas mayores. Los servicios varían según las agencias y pueden incluir atención en el hogar, entrega de comida a domicilio, transporte, información y asistencia sobre la vivienda, administración de casos y atención médica diurna para adultos. Los ASAP proporcionan información y remisiones relacionadas con el cuidado de personas, afecciones médicas relacionadas con la edad, servicios legales, grupos de apoyo y otros servicios disponibles para las personas mayores.

También puede encontrar su ASAP local de acuerdo con su ciudad de residencia utilizando el siguiente enlace: www.mass.gov/info-details/find-your-regional-aging-services-access-point-asap.

Access Care Partners (anteriormente WestMass Elder Care, Inc.)
4 Valley Mill Rd.
Holyoke, MA 01040
- Llame al: 1-800-462-2301. TTY: 1-800-875-0287.
- www.accesscarepartners.org

AgeSpan
Oficina principal: 280 Merrimack St., Suite 400
Lawrence, MA 01843
- Llame al: 1-800-892-0890. TTY: 1-800-924-4222.
- www.agespan.org

Servicios para personas de edad avanzada de North Central Massachusetts
680 Mechanic St., Suite 120
Leominster, MA 01453
- Llame al: 1-800-734-7312. TTY: 711.
- www.agingservicesma.org

Boston Senior Home Care
Lincoln Plaza, 89 South St. Suite 501
Boston, MA 02111
- Llame al: 1-617-451-6400. TTY: 1-617-451-6404.
- www.bostonseniorhomecare.info

Bristol Aging & Wellness, Inc.
1 Father DeValles Blvd., Unit 8
Fall River, MA 02723
- Llame al: 1-508-675-2101. TTY: 711.
- www.bristolelder.org

Central Boston Elder Services, Inc.
2315 Washington St.
Boston, MA 02119
- Llame al: 1-617-277-7416. TTY: 1-844-495-7400.
- www.centralboston.org

Coastline Elderly Services, Inc.
863 Belleville Ave.
New Bedford, MA 02745
- Llame al: 1-866-274-1643. TDD: 1-508-994-4265.
- www.coastlinenb.org

Elder Services of Berkshire County, Inc.
Oficina principal: 73 South Church St.
Pittsfield, MA 01201
- Llame al: 1-800-544-5242. TTY: 1-413-344-4372.
- www.esbci.org

Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.
Oficina principal: 68 Route 134
South Dennis, MA 02660
- Llame al: 1-800-244-4630. TTY: 1-508-394-3712.
- www.escci.org

Elder Services of Worcester Area, Inc.
67 Millbrook St., Suite 100
Worcester, MA 01606
- Llame al: 1-800-243-5111. TTY: 711.
- www.eswa.org

Ethos
555 Amory St.
Jamaica Plain, MA 02130
- Llame al: 1-617-522-6700. TDD: 1-617-524-2687.
- www.ethocare.org

Greater Lynn Senior Services, Inc.
8 Calle Silsbee
Lynn, MA 01901
- Llame al: 1-800-594-5164. TTY: 1-844-580-1926.
- www.glss.net

Greater Springfield Senior Services, Inc.
66 Industry Ave., Suite 9
Springfield, MA 01104
- Llame al: 1-800-649-3641. TTY: 1-413-733-1335.
- www.gsssi.org

Health and Social Services Consortium, Inc. (HESSCO)
545 South St., Suite 300
Walpole, MA 02081
- Llame al: 1-781-784-4944. TTY: 711.
- www.hessco.org

Highland Valley Elder Services, Inc.
320 Riverside Drive, Suite B
Florence, MA 01062
- Llame al: 1-413-586-2000 TTY: 711.
- www.highlandvalley.org

LifePath, Inc.
101 Munson St., Suite 201
Greenfield, MA 01301
- Llame al: 1-800-732-4636. TTY: 1-800-439-2370.
- www.lifepathma.org

Minuteman Senior Services
One Burlington Woods Drive, Suite 101
Burlington, MA 01803
- Llame al: 1-888-222-6171. TTY: 1-800-439-2370.
- www.minutemansenior.org

Mystic Valley Elder Services, Inc.
300 Commercial St., #19
Malden, MA 02148
- Llame al: 1-781-324-7705. TTY: 1-781-321-8880.
- www.mves.org

Old Colony Elder Services
144 Main St.
Brockton, MA 02301
- Llame al: 1-508-584-1561. TTY: 1-508-587-0280.
- www.ocesma.org

SeniorCare Inc.
Oficina principal: 49 Blackburn Center
Gloucester, MA 01930
- Llame al: 1-866-927-1050. TTY: 1-800-439-2370.
- www.seniorcareinc.org

Springwell
290 Donald Lynch Boulevard, Suite 204
Marlborough, MA 01752
- Llame al: 1-508-573-7200. TTY: 1-800-439-2370.
- www.springwell.com

Springwell
307 Waverley Oaks Rd., Suite 205
Waltham, MA 02452
- Llame al: 1-617-926-4100. TTY: 1-800-439-2370.
- www.springwell.com

Tri-Valley, Inc.
10 Mill St.
Dudley, MA 01571
- Llame al: 1-800-286-6640. TDD: 1-508-949-6654.
- www.trivalleyinc.org

L2. MassOptions

MassOptions es un recurso gratuito que conecta a las personas mayores, las personas con discapacidades y sus cuidadores con información sobre opciones de planes que pueden satisfacer sus necesidades de la mejor manera.

LLAME AL	1-800-243-4636 De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
SITIO WEB	www.massoptions.org

L3. Decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

OptumRx es el administrador de beneficios de farmacia (PBM) de nuestro plan. Para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare, medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid) y medicamentos de venta libre de MassHealth, puede comunicarse directamente con OptumRx. La información de contacto se indica a continuación:

LLAME AL	1-844-657-0494 Esta llamada es gratuita. Si necesita ayuda, contará con una persona a su disposición durante las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Si necesita ayuda, contará con una persona a su disposición durante las 24 horas, los siete días de la semana.
FAX	1-844-403-1028
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

Capítulo 3: Usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y normas específicos que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le brinda información sobre su navegador, cómo obtener atención de distintos tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué debe hacer si le facturan directamente por los servicios que cubrimos y las normas para ser propietario del 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 42

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan 42

C. Su navegador 45
C1. Qué es un navegador 45
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su navegador 45
C3. Cómo cambiar de navegador 45

D. Atención de los proveedores 46
D1. Cuidado de un proveedor de atención primaria (PCP) 46
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 50
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 51
D4. Proveedores fuera de la red 52

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 54

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) 54

G. Cómo puede obtener atención autodirigida 56
G1. Qué es la atención autodirigida 56
G2. Quién puede recibir atención autodirigida 56
G3. Cómo obtener ayuda para contratar a proveedores para la atención personal (si corresponde) 56
G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todas las notificaciones escritas a los participantes del equipo de atención que el miembro identifique 56

H. Servicios de transporte 57

I. Servicios dentales y oftalmológicos 57
I1. Servicios dentales 57
I2. Servicios oftalmológicos 58

J. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten de forma urgente o durante un desastre 59
J1. Atención en caso de emergencia médica 59
J2. Atención de urgencia 61
J3 Atención durante un desastre 62

K. ¿Qué sucede si le facturan directamente por los servicios cubiertos? 62
K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 62

L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 64
L1. Definición de un estudio de investigación clínica 64
L2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 64
L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 65

M. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 66
M1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica 66
M2. Atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 66

N. Equipo médico duradero (DME) 67
N1. DME como miembro de nuestro plan 67
N2. Ser propietario de DME si se cambia a Original Medicare 67
N3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 68
N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA) 68

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y que tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Hicimos los arreglos necesarios para que estos proveedores le prestaran servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

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

Nuestro plan pagará por los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para estar cubierto por nuestro plan, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- La atención que reciba debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Medicamente necesario” significa que los servicios son razonables y necesarios:
  - Para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; o
  - Para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada; **o**
  - Si es médicamente necesario según las leyes de Medicare.
- De acuerdo con las leyes y regulaciones de MassHealth (Medicaid), y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:

- Pueden tener el propósito de evitar, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar una afección que podría poner en riesgo su vida, causar sufrimiento o dolor, causar deformidad o malfuncionamiento físicos, amenazar de causar o agravar una incapacidad o que podría tener como consecuencia una enfermedad o dolencia; **y**

- No hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione tan bien y que sea adecuado para usted, y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe satisfacer las normas profesionales reconocidas de atención médica y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan pruebas de dicha necesidad médica y calidad.

- Además, un servicio es médicamente necesario cuando puede:

  » Ayudarle a mejorar o mantener su salud o funcionamiento diario.

  » Evitar que su salud o su funcionamiento empeoren si se retrasa, reduce o no se brinda la atención.

- Si tiene preguntas sobre si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con Servicios para los Inscritos.

- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que brinde 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**).

  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

  - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige a su PCP, también elige al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remite a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una red de médicos que colaboran para brindar servicios de atención médica. Estos médicos pueden trabajar en el mismo consultorio o en varias ubicaciones, compartiendo registros y sistemas de consultorio para garantizar una atención coordinada. Los grupos médicos pueden ser de una sola especialidad o de varias especialidades, y pueden operar de forma independiente o como parte de un sistema de atención médica más grande. Los grupos médicos trabajan con los planes de salud para atender a sus miembros, determinando cómo se brinda la atención y administrando las remisiones a especialistas dentro del grupo. Esta estructura permite un enfoque más integrado de la atención al paciente, mejorando la eficiencia y la calidad del servicio.

- No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, ni para usar un proveedor de atención de la salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin tener una remisión del PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).

- **Usted debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que
no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta norma no se aplica:

  - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección J**).

  - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención por parte de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos la atención sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.

  - Si necesita servicios de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período corto de tiempo o cuando su proveedor no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red.

C. Su navegador

C1. Qué es un navegador

Su navegador es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de la atención.

Los navegadores son miembros del equipo interdisciplinario de atención (ICT) y trabajan en estrecha colaboración con los enfermeros administradores de casos (NCM), los proveedores de atención primaria (PCP) y otros proveedores para ayudar a coordinar la atención y garantizar que los inscritos reciban los servicios necesarios, de acuerdo con los planes de atención personalizados (ICP). Los navegadores abogan en nombre de los inscritos y desempeñan un papel clave para reducir las brechas en la atención y educar a los inscritos sobre sus beneficios.

Todas las personas que se inscriben en un plan Senior Care Options (SCO) también tienen derecho a tener un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) o un NCM en su equipo de atención.

Un GSSC o NCM trabajará con usted como miembro de su plan de SCO para encontrar recursos y servicios en su comunidad que puedan respaldar sus objetivos de bienestar, independencia y recuperación. Estos servicios a veces se denominan servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Un GSSC o NCM también pueden ayudarle a acceder a recursos y servicios de salud conductual.

Los GSSC no trabajan para los planes SCO. Provienen de Aging Services Access Points (ASAP) y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarle a defender sus necesidades.

Puede elegir que un GSSC trabaje con usted como miembro total de su equipo de atención en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

Los NCM son enfermeros certificados con licencia en Massachusetts que son empleados del plan. Evalúan el estado clínico y funcional del inscrito y desarrollan planes de atención personalizados para coordinar la atención de acuerdo con las necesidades, los objetivos y las preferencias de atención médica del inscrito. Los NCM participan en los TIC y coordinan la atención en todo el proceso de proveedores y servicios, incluso durante las transiciones de atención.

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su navegador

Puede comunicarse con su navegador si llama a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711).

C3. Cómo cambiar de navegador

Para solicitar un cambio en el navegador, llame a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711).

D. Atención de los proveedores

D1. Cuidado de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP para que le brinde atención y la administre. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige a su PCP, también elige al grupo médico afiliado.

Definición de PCP y lo que este hace por usted

El PCP es un proveedor que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista, generalmente es necesario que su PCP primero lo apruebe (es decir, que lo “remita” a un especialista). Solo hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin comunicarse primero con su PCP para obtener una remisión.

Un grupo médico es una red de médicos que colaboran para brindar servicios de atención médica. Estos médicos pueden trabajar en el mismo consultorio o en varias ubicaciones, compartiendo registros y sistemas de consultorio para garantizar una atención coordinada. Los grupos médicos pueden ser de una sola especialidad o de varias especialidades, y pueden operar de forma independiente o como parte de un sistema de atención médica más grande. Los grupos médicos trabajan con los planes de salud para atender a sus miembros, determinando cómo se brinda la atención y administrando las remisiones a especialistas dentro del grupo. Esta estructura permite un enfoque más integrado de la atención al paciente, mejorando la eficiencia y la calidad del servicio.

Los médicos que son elegibles o están certificados por la junta en las especialidades de medicina familiar, pediatría, medicina interna, obstetricia o ginecología pueden actuar como PCP. Otros proveedores que pueden actuar como PCP son los enfermeros practicantes a los que se les ha concedido plena autoridad para ejercer en Massachusetts y los asistentes médicos que prestan servicios bajo la supervisión de un médico.

Su PCP determina qué especialistas y hospitales utilizará, ya que ellos solo están afiliados con ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Su PCP no tiene acceso a todos los especialistas y hospitales en nuestra red.

Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- Terapias
- Atención de médicos especialistas

- Servicios hospitalarios para pacientes externos
- Servicios de atención en el hogar
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Internaciones en el hospital
- Atención de seguimiento

La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP tendrá que obtener nuestra autorización previa (aprobación por adelantado).

Su PCP es responsable de realizar lo siguiente:

- Contribuir a su plan de atención personalizado (ICP) en el momento de la inscripción en el programa y de forma continua.
- Proporcionar instrucciones clínicas generales.
- Brindar servicios médicos primarios, incluida atención preventiva y para enfermedades agudas.
- Remitirlo a proveedores especializados según sea médicamente apropiado.
- Documentar y cumplir con las directivas avanzadas sobre sus deseos de tratamiento futuro y decisiones de atención médica.

Su elección de PCP

Puede buscar un PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare o llamando a Servicios para los Inscritos a los números que se figuran en la parte inferior de la página. Si existe un especialista u hospital en particular que desee utilizar, compruebe primero que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, o preguntar a Servicios para los Inscritos para averiguar si el PCP que desea hace remisiones a ese especialista o utiliza ese hospital.

Una vez que haya elegido un PCP, debe notificar a Servicios para los Inscritos de su elección, ya sea por teléfono a los números que figuran en la parte inferior de la página o en línea en fallonhealth.org/navicare (haga clic en “MyFallon online tools” [Herramientas en línea de MyFallon] en “Member resources” [Recursos para miembros]). Si usted no escoge un PCP, nosotros lo haremos por usted.

Posibilidad de cambiar de PCP

Puede cambiar de 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 uno nuevo en nuestra red.

Para cambiar su PCP, siga los mismos pasos que se describen anteriormente para elegir uno. Si llama, asegúrese de informar a Servicios para los Inscritos si está consultando a algún

especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la autorización del PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y determinados equipos médicos duraderos). Servicios para los Inscritos verificará que el PCP al que desea cambiar acepte a nuevos pacientes. Servicios para los Inscritos anotará el nombre del nuevo PCP en su registro de miembro y le comunicará cuándo entrará en vigencia el cambio. También le enviaremos una carta que confirmará el cambio.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, es posible que también cambie de grupo médico. Cuando solicite un cambio, informe a Servicios para los Inscritos si recurre a un especialista u obtiene otros servicios cubiertos que deban contar con la aprobación del PCP. Servicios para los Inscritos le ayuda a continuar con su atención especializada y otros servicios cuando cambia de PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, usted necesita la aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Puede recibir servicios como los que se mencionan 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 de urgencia que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, debido al tiempo, al lugar y a las circunstancias, recibir este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (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 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 los Inscritos antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera del área.
- Vacunas antigripales y contra la COVID-19, así como vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud para la mujer de rutina. Incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para la población india estadounidense, puede utilizar estos proveedores sin necesidad de una remisión.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos por el plan que requieren atención médica inmediata, pero que no son emergencias, que se prestan cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando, debido al tiempo, al lugar y a las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas al proveedor de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de acupuntura con un proveedor de la red hasta la 20.ª consulta. Para que se cubran más de 20 consultas por servicios de acupuntura, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios de quiropráctica con un proveedor de la red
- Atención dental preventiva proporcionada por un dentista de la red. Para que los servicios de diagnóstico, endodoncia, servicios generales complementarios, servicios de restauración, servicios de prostodoncia (fija y extraíble), periodoncia, implantes y servicios relacionados, y cirugía oral y maxilofacial estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. El proveedor dental de la red que lo trata debe enviar las solicitudes de autorización directamente al administrador de beneficios dentales del plan, DentaQuest, para su revisión.
- Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico
- Atención de salud mental para pacientes externos. Para que la terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS), la terapia electroconvulsiva (ECT) y la terapia intensiva para pacientes externos (IOP) estén cubiertas, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios de tratamiento con opioides.
- Servicios relativos al trastorno por consumo de sustancias, destinados a pacientes externos. Para que la terapia intensiva para pacientes externos (IOP) esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Observación en el hospital para pacientes externos.
- Fisioterapia para pacientes externos con un proveedor de la red hasta la 60.ª consulta. Para que la fisioterapia para pacientes externos esté cubierta después de las 60 consultas, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Terapia ocupacional para pacientes externos con un proveedor de la red hasta la 60.ª consulta. Para que la terapia ocupacional para pacientes externos esté cubierta después

de las 60 consultas, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.

- Terapia del habla y del lenguaje para pacientes externos con un proveedor de la red hasta la 35.ª consulta. Para que la terapia del habla y del lenguaje para pacientes externos esté cubierta después de las 35 consultas, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red
- Nuestro programa adicional para dejar de fumar y consumir tabaco.
- Línea directa de enfermería.
- Exámenes de la vista de rutina, siempre y cuando los reciba de un proveedor de EyeMed.

Si no sabe si necesita una remisión para obtener un servicio o utilizar otro proveedor, consulte a su navegador o PCP, o llame a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711).

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas, tales como los siguientes:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Es muy importante que su PCP lo remita (con aprobación por adelantado) antes de que usted vea a un especialista de la red o a otros proveedores (existen algunas excepciones, incluida la atención de salud de rutina para la mujer que explicamos anteriormente en esta sección). Si no obtiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.

Si un especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, solicitará la autorización directamente a NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP.

Para algunos tipos de remisiones, su PCP necesitará la aprobación por adelantado (una “autorización previa”) de nuestro plan.

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el **Capítulo 4** para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). La autorización puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan antes de que se proporcione un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su

proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se llama "determinación avanzada". Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, usted (o su proveedor) tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. En el **Capítulo 9**, encontrará más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si no tiene una determinación avanzada, también puede obtener una autorización de un proveedor de la red que remita a un inscrito a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio, siempre y cuando el servicio no quede explícitamente excluido de la cobertura del plan tal como se analiza en el **Capítulo 4**.

En caso de que haya especialistas específicos que usted desee consultar, averigüe si su PCP envía a sus pacientes a estos especialistas. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que utilizan para las remisiones, ya que ellos solo están afiliados a ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Su PCP no tiene acceso a todos los especialistas y hospitales en nuestra red. Esto quiere decir que el PCP que usted seleccione posiblemente determine qué especialistas usted puede consultar. En general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere consultar a un especialista del plan al cual su PCP actual no puede darle una remisión. Consulte la sección anterior, "Cómo cambiar de PCP", donde mencionamos cómo cambiar su PCP. Si usted desea utilizar hospitales específicos, debe averiguar si los médicos que consultará utilizan estos hospitales.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que utiliza puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si lo visitó en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asignó el proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.

- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar 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 que sea accesible para usted, debemos hacer arreglos para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Para que los servicios fuera de la red que se deban cubrir, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.

- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.

- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una reclamación sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte la **Sección K** del **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de servicios especializados disponibles dentro de la red. Para que se cubran los servicios de un proveedor fuera de la red, su proveedor dentro de la red (normalmente, su PCP) debe solicitar una autorización previa (aprobación por adelantado) del plan. La solicitud de autorización previa será revisada por el personal del Programa de Administración de Utilización de NaviCare que está capacitado para entender el área de experiencia del especialista e intentará constatar si el servicio está disponible dentro de la red de especialistas de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP. Si el servicio no está disponible dentro de la red de su plan, su solicitud será aprobada. Pueden existir ciertas limitaciones para la aprobación, como solo una consulta inicial o un tipo o monto específico de servicios. Si los servicios del especialista están disponibles dentro de la red del plan, la solicitud para los servicios fuera de la red puede denegarse como “servicios disponibles dentro de la red”. Como con cualquier denegación, usted puede apelar la determinación.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados y planificados previamente (incluida la diálisis para una afección en curso), la atención/las

consultas de rutina o los procedimientos electivos no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o MassHealth (Medicaid).
- Si acude a 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)

El Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) organizará una evaluación en el hogar para identificar los LTSS que mejor satisfagan sus necesidades de salud. La coordinación de los servicios en el hogar incluirá la participación del personal de del punto de acceso de servicios para personas de edad avanzada (ASAP). Los GSSC también pueden ayudarle a acceder a recursos y servicios de salud conductual.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Usted cuenta con cobertura de servicios de salud conductual prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud conductual calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen:

- Servicios recreativos, por ejemplo, los siguientes:
  - Observación
  - Tratamiento y servicios de apoyo comunitario
  - Evaluación, intervención y estabilización en caso de crisis
  - Servicios intensivos supervisados médicamente: servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias
  - Tratamiento psiquiátrico diario
- Servicios de salud conductual de emergencia
- Especialista de pares certificado
- Navegadores de apoyo para la recuperación y asesoramiento para la recuperación
- Programa de apoyo comunitario (CSP)
- Servicios de manejo de medicamentos
- Tratamiento diurno.
- Programas residenciales.
- Servicios de salud conductual para pacientes externos

También tiene cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados, hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos que incluyen servicios de salud conductual, servicios para trastornos por consumo de sustancias y servicios de rehabilitación. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en el **Capítulo 4**.

En caso de una emergencia de salud conductual, debe acudir a la sala de emergencias más cercana. Un equipo de crisis lo evaluará y lo ayudará a encontrar un centro adecuado para recibir atención. No se requiere autorización previa para este tipo de emergencia dentro de los

Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en el **Capítulo 4**.

G. Cómo puede obtener atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

En la atención autodirigida, puede contratar y administrar a un asistente de atención personal (PCA) para que le ayude con dos o más actividades de la vida diaria (ADL), como bañarse, vestirse, asearse, comer, moverse, ir al baño, etc. Puede elegir a un tutor legal, a un miembro de la familia o a otra persona, según se identifique en el acuerdo de servicio, para que actúe en su nombre como su sustituto designado para ayudar a realizar ciertas tareas de administración de PCA que quizás usted no pueda realizar. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en el Capítulo 4.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida

Para que los servicios de PCA estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. Su equipo interdisciplinario de atención (ICT) determinará si usted es apto para el servicio y si debe ser parte del plan de atención personalizado (ICP).

G3. Cómo obtener ayuda para contratar a proveedores para la atención personal (si corresponde)

Su navegador o los miembros de su ICT le pondrán en contacto con una agencia que preste servicios de PCA.

G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todas las notificaciones escritas a los participantes del equipo de atención que el miembro identifique

Puede comunicarse con Servicios para los Inscritos a los números de teléfono que figura en la parte inferior de la página para solicitar que se envíen todas las notificaciones por escrito a cualquier miembro de su ICT en lo que respecta a su atención autodirigida.

H. Servicios de transporte

NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP cubren el transporte de emergencia en ambulancia en todo el mundo cuando sea médicamente necesario. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia está cubierto con autorización previa del plan.

Además, NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP cubren viajes ilimitados hacia y desde citas médicas y lugares donde usted recibe atención médica, como el consultorio de su médico, fisioterapia, asesoramiento y las consultas al hospital. NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP también ofrecen 48 viajes de ida o de vuelta a farmacias, ya sean de propiedad privada, parte de una pequeña cadena o un gran minorista como CVS Pharmacy, Walgreens o Walmart.

Estos viajes se deben organizar con al menos 2 días hábiles de anticipación a través de nuestro servicio de transporte asociado, y pueden ser proporcionados por el servicio de transporte o por sus propios amigos y familiares, quienes pueden recibir un reembolso por el millaje de los viajes aprobados previamente. Los viajes están limitados a un radio de 30 millas desde el lugar de recogida, según el sistema de transporte asociado de nuestro plan.

Mediante un programa suplementario especial para las personas con enfermedades crónicas, los miembros que tienen afecciones crónicas que cumplen los requisitos (requieren administración de la atención médica y están en riesgo de tener resultados de salud adversos) también tienen acceso a 100 viajes de ida o vuelta para hacer mandados, visitar amigos, asistir a servicios religiosos y más. No todos los miembros con una afección elegible cumplen con los requisitos. Para obtener más información sobre el “Programa Complementario Especial para Enfermos Crónicos” (SSBCI), consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” de la Tabla de beneficios de nuestro plan en el **Capítulo 4** o comuníquese con su navegador.

Para obtener más información sobre los servicios de transporte disponibles, consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en el **Capítulo 4**.

I. Servicios dentales y oftalmológicos

NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP incluyen cobertura para servicios dentales y oftalmológicos preventivos e integrales.

I1. Servicios dentales

Todos los servicios dentales integrales y preventivos cubiertos deben ser provistos por un proveedor de la red.

1. Descripción general de la cobertura:

Como miembro de NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP, tiene derecho a recibir servicios dentales integrales diseñados para mantener y mejorar su salud bucal. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios preventivos: Limpiezas, radiografías y exámenes dentales de rutina.
- Servicios básicos: Empastes, extracción de dientes y tratamientos de encías.
- Servicios importantes: coronas, puentes, dentaduras postizas e implantes dentales.

2. Requisitos de autorización previa:

Algunos servicios dentales requieren aprobación antes de que usted reciba atención. Esto se denomina autorización previa. Ayuda a garantizar que el servicio sea necesario y adecuado para usted. Los servicios, como empastes, implantes, tratamientos de conducto, extracción de dientes, cuidado de encías y coronas, deben obtener la aprobación del administrador de beneficios dentales del plan, DentaQuest, antes de que se pueda iniciar el servicio:

- Implantes dentales: Todos los servicios de implantes dentales necesitan aprobación antes de la atención. Su proveedor dental debe enviar un plan de tratamiento detallado y registros de respaldo para su revisión y aprobación antes de que se realice el procedimiento de implante.

Si no se recibe la aprobación de un servicio que lo requiere, es posible que no esté cubierto.

3. Proveedores de la red:

Para aprovechar al máximo sus beneficios dentales y ayudar a reducir sus costos, es muy importante acudir a un dentista de la red del plan. Es posible que la atención de un dentista fuera de la red cueste más o no esté cubierta. Puede encontrar una lista de dentistas de la red en nuestro sitio web o si llama a Servicios para los Inscritos a los números que figuran al final de la página.

I2. Servicios oftalmológicos

Los exámenes oftalmológicos de rutina no requieren remisión ni autorización previa, siempre y cuando sean provistos por un proveedor de la red. También tiene una asignación para anteojos de $403 por año para comprar hasta 2 pares de anteojos, lentes de contacto, lentes, marcos y mejoras recetados comprados a un proveedor de la red de EyeMed.

Puede acceder a una lista de proveedores de la red de EyeMed en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página, o comunicándose con Servicios para los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página.

Para obtener más información sobre la cobertura de los servicios dentales y oftalmológicos, consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en el **Capítulo 4**.

J. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten de forma urgente o durante un desastre

J1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica implica una afección médica con síntomas 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 un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:

- represente un riesgo grave para su vida; **o**
- provoque una pérdida o un daño grave de las funciones corporales; **o**
- cause la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad.

Si tiene una emergencia médica, realice lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** necesita la aprobación ni una remisión de su PCP. No necesita usar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en todo el mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es 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 o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame a Servicios para los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página para notificarnos de su emergencia.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si bien Medicare no brinda cobertura para la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, nuestro plan cubre estos servicios en todo el mundo. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Los proveedores que le brindan la atención de emergencia deciden cuándo se estabiliza su condición y cuándo habrá finalizado la emergencia médica. Continuarán ofreciéndole tratamiento y se comunicarán con nosotros para planificar si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos conseguir proveedores de la red que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible.

Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud conductual

En caso de una emergencia de salud conductual, debe acudir a la sala de emergencias más cercana. Un equipo de crisis lo evaluará y lo ayudará a encontrar un centro adecuado para recibir atención. No se requiere autorización previa para este tipo de emergencia dentro de los EE. UU. y sus territorios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en la **Sección D** del **Capítulo 4**.

La Línea de ayuda de salud conductual (BHHL) de Massachusetts puede conectarlo directamente con ayuda clínica, cuando y donde la necesite. Llámelos al 1-833-773-2445 (MassRelay 711) o visite www.masshelpline.com.

También puede comunicarse con un Centro de salud conductual comunitario (CBHC) al 1-877-382-1609. Escuche el mensaje e ingrese su código postal. Su llamada se transferirá automáticamente al CBHC más cercano. Los CBHC también incluyen los siguientes servicios:

1. Intervención móvil en caso de crisis para adultos (AMCI): proporciona respuestas móviles para la evaluación, intervención, estabilización y seguimiento de crisis de salud conductual basadas en la comunidad para adultos durante hasta tres días. Los servicios de AMCI están disponibles durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los servicios son brindados por profesionales capacitados que pueden viajar hasta donde se encuentre o trabajar con usted en un CBHC. En lugar de ir a la sala de emergencias, los servicios de AMCI permiten que cualquier persona que esté atravesando una crisis acuda a un CBHC o llame a un equipo para que vaya hasta donde se encuentre y pueda acceder a atención de salud conductual inmediata. Los servicios también se pueden brindar a través de telesalud cuando el miembro lo solicite o lo indique la BHHL de Massachusetts las 24 horas del día, los 7 días de la semana (1-833-773-2445) y cuando sea clínicamente apropiado.
2. Estabilización de crisis comunitaria (CCS): ofrece una alternativa menos restrictiva a la hospitalización para personas que necesitan atención de crisis nocturna a corto plazo. Los servicios incluyen tratamiento, intervención y estabilización en caso de crisis, y planificación para la prevención de crisis futuras. Estos servicios están disponibles durante las 24 horas, los siete días de la semana.

Puede encontrar un CBHC cercano en https://www.mass.gov/doc/list-of-cbhcs/download.

Recibir atención de emergencia cuando no se trataba de una emergencia

A veces, es difícil determinar si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que vaya a recibir atención de emergencia y el médico diga que en realidad no fue una emergencia. Mientras usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubrimos la atención adicional solo en los siguientes casos:

- Usted usa un proveedor de la red; **o**
- 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 la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo en los siguientes casos:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red; **y**
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable comunicarse con un proveedor de la red, en función del tiempo, el lugar o las circunstancias, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios de urgencia, debe concurrir al centro de atención de urgencias que se encuentre abierto más cercano. Si está buscando atención de urgencia en nuestra área de servicio, debe consultar el listado de centros de atención de urgencia dentro de la red de su plan en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.
Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor, 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 del plan no está disponible temporalmente.

Si bien Medicare no brinda cobertura para los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados y planificados previamente (incluida la diálisis para una afección

en curso), la atención/las consultas de rutina o los procedimientos electivos no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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 emergencia o desastre en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención de su plan.

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

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede obtener 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 le facturan directamente por los servicios cubiertos?

Si pagó por los servicios cubiertos o recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para saber qué debe hacer.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero.

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarias; **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*); **y**

- que se obtienen siguiendo las normas del plan.

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

Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se indica qué debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También se le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para los Inscritos para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para los Inscritos para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

L1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es la forma mediante la cual los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita que haya participantes voluntarios. Cuando participa de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor 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 estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para inscritos por Original Medicare, le recomendamos que usted o su navegador se comuniquen con Servicios para los Inscritos para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no pagará nada por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare paga por los servicios cubiertos en el marco del estudio, así como por los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte de dicho estudio. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital 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 los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga cualquier costo por participar en el estudio.

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica si lee “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). 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 los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

M1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada está en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

M2. Atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, usted debe firmar un documento legal que diga que está en contra de obtener tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que se reciba de **manera voluntaria y que no sea exigido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico “exceptuado” hace referencia a cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y que sea obligatorio** según una ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada 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 permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su hospitalización **no** estará cubierta.

Usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días. Consulte la Tabla de beneficios de nuestro plan en el **Capítulo 4** para obtener más información.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para el tratamiento de la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso doméstico, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es propietario de algunos artículos de DME, como prótesis.

Otros tipos de DME se deben alquilar. Como miembro de nuestro plan, usted **será** propietario de los artículos de DME alquilados después de tenerlos 10 meses consecutivos mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

En algunas situaciones limitadas, no le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para los Inscritos a los números de teléfono que figura en la parte inferior de la página para obtener más información.

N2. Ser propietario de DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarias.

Deberá hacer 13 pagos consecutivos en Original Medicare, o hacer la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan MA, para ser propietario del artículo de DME si:

- no se convirtió en el propietario del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan; **y**
- deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o en un plan MA.

Si realizó pagos por el DME en Original Medicare o en un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos de Original Medicare o del plan MA no se tienen en cuenta para los pagos que debe hacer después de dejar el plan**.

- Deberá realizar 13 pagos nuevos consecutivos en Original Medicare o varios pagos nuevos consecutivos establecidos por el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

N3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para recibir equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, cubriremos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno
- administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones de los equipos de oxígeno

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

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

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

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

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno por hasta cinco años si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al pasar los cinco años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite sobre esos servicios. También le informa sobre los beneficios no 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 70
B. Normas que prohíben que los proveedores le cobren por los servicios 70
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan 70
D. Tabla de beneficios de nuestro plan 74
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 139
E1. Servicios de agencias estatales 139
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid) 139

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre 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 en algunos servicios.

Debido a que usted recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su navegador o a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711).

B. Normas que prohíben que los proveedores le cobren por los servicios

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

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* o llame a Servicios para los Inscritos.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. (La cobertura para medicamentos con receta se encuentra en el **Capítulo 5**). Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted **no** paga nada por los servicios que se incluyen en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios de salud mental y por consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. “Médicamente necesario” hace referencia a 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 le impide ingresar a un hospital o centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la

práctica médica. Además, un servicio se considera médicamente necesario si puede ayudarle a mejorar o mantener su salud o funcionamiento diario, o evitar que su salud o funcionamiento empeoren si se retrasa, reduce o no se brinda la atención.

- En el caso de los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días no podemos exigirles que obtengan aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe atención por parte 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 atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina remisión. En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*, encontrará más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo **no** la necesita.

- Cubrimos algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos en cursiva los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA.

- Si nuestro plan aprueba una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención médica según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, puede leer el manual *Medicare & You 2027* [Medicare y usted]. Consulte en línea en www.Medicare.gov o pida una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

- Si usted pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero se espera que la recupere dentro de los 30 días, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) en un mes, cancelaremos su inscripción en NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP.

Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de la cancelación de la inscripción, deberá comunicarse con nosotros para inscribirse nuevamente en el plan.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con ciertas afecciones crónicas

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se mencionan a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios especiales complementarios para personas con enfermedades crónicas:
  - Trastornos autoinmunes, que incluyen poliarteritis nodosa, la polimialgia reumática, la polimiositis, la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico
  - Cáncer, sin incluir las afecciones previas al cáncer o in situ
  - Trastornos cardiovasculares, que incluyen a arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y enfermedad tromboembólica venosa crónica
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Trastorno por el consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias
  - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, que incluyen, trastornos bipolares, trastornos depresivos graves, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo
  - Afecciones crónicas que limitan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
  - Enfermedades gastrointestinales crónicas
  - Enfermedad renal crónica (CKD)
  - Trastornos pulmonares crónicos, que incluyen asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar
  - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
  - Afecciones que requieren terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
  - Afecciones con problemas funcionales
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - VIH/SIDA
  - Trastornos por inmunodeficiencia e inmunodepresión
  - Trastornos neurológicos, que incluyen esclerosis lateral amiotrófica (ELA), epilepsia, parálisis extensa, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado con los accidentes cerebrovasculares
  - Dificultades posteriores a un trasplante de órganos

- Trastornos hematológicos graves, que incluyen anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, enfermedad de células falciformes y enfermedad tromboembólica venosa crónica
- Accidente cerebrovascular

El diagnóstico debe estar registrado en el plan antes de recibir los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). No todos los miembros con una afección elegible cumplen con los requisitos.

La elegibilidad relacionada con los SSBCI se determina según el criterio del plan. Los beneficios se encuentran disponibles para los miembros que se identifican a través de la recepción de la documentación del proveedor (p. ej., un reclamo presentado por un proveedor) que incluye una afección crónica que califica, que tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud, y cuya atención está siendo coordinada por un enfermero administrador de casos de NaviCare o un proveedor de la red. Una vez validado que se han cumplido los criterios de elegibilidad, le notificaremos de su inscripción en estos beneficios. Estos beneficios no son retroactivos.

- Para obtener más información, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos en la Tabla de beneficios a continuación.
- Póngase en contacto con nosotros para averiguar exactamente cuáles son los beneficios para los que es elegible.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana🍎 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** Pagamos una prueba de detección por ultrasonido única para las personas en riesgo. Nuestro plan cubre únicamente esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	$0
	Acupuntura *Para que los servicios de acupuntura estén cubiertos después de la 20.ª consulta, su médico u otro proveedor de la red deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos por los servicios de acupuntura: • para tratar el dolor • como parte del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) • para consultas en el consultorio relacionadas con la evaluación y la planificación del tratamiento Requerimos autorización previa después de 20 tratamientos de acupuntura por año para el tratamiento del dolor o el trastorno por consumo de sustancias. Su proveedor también puede cambiar o interrumpir su plan de tratamiento si usted no mejora después de los primeros cuatro tratamientos. Para el dolor lumbar crónico, pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días. El dolor lumbar crónico posee las siguientes características: • De 12 o más semanas de duración. • No específico (que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, como no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Acupuntura (continuación) • No tiene relación con una cirugía. También pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para dolor lumbar crónico si muestra mejoras en las primeras 12 consultas. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y presentan lo siguiente: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo un nivel adecuado de supervisión por parte de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS), requerido por nuestras regulaciones. El plan cubre los siguientes servicios complementarios de acupuntura: hasta 20 consultas sin autorización previa para cualquier diagnóstico, incluidos los servicios de estimulación eléctrica, infrarroja y ultrasonidos.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de salud diurnos para adultos *Para que los servicios de atención médica diurna para adultos estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre servicios de proveedores de salud diurna para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir los siguientes: • Servicios de enfermería y supervisión de la salud • Terapia • Ayuda con las actividades de la vida diaria • Servicios nutricionales y alimentarios • Servicios de orientación • sociales • Administración de casos • Transporte	$0
	Servicios de cuidado para adultos *Para que el cuidado para adultos esté cubierto, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre los servicios de proveedores de cuidado para adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir los siguientes: • ayuda con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y la atención personal • supervisión • supervisión de enfermería	$0
	Detección y asesoramiento por consumo de alcohol Pagamos una prueba de detección de consumo de alcohol para adultos que consumen alcohol de manera indebida, pero que no tienen dependencia. Si se confirma que usted abusa del alcohol, puede asistir a hasta cuatro sesiones de asesoramiento personal por año (si puede y se mantiene alerta durante la sesión) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o con un profesional en un centro de atención primaria.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de ambulancia *Para que los servicios de ambulancia que no sean de emergencia estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* La cobertura se aplica en todo el mundo. Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero) y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud.	$0
	Examen físico anual El examen físico anual complementario cubierto incluye los antecedentes médicos y familiares detallados y una evaluación minuciosa integral con un examen práctico de todos los sistemas del cuerpo para evaluar la salud general y detectar las anormalidades o señales que puedan indicar un proceso de enfermedad que deba tratarse.	$0
	Consulta anual de bienestar Puede realizarse un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta **Bienvenido a Medicare**. Sin embargo, no necesita tener una consulta **Bienvenido a Medicare** para recibir consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de un audiólogo *Para que los servicios del audiólogo estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre exámenes y evaluaciones audiológicos (auditivos).	$0
	Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (en general, alguien con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico revise y comente los resultados.	$0
	Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: • una mamografía de detección cada 12 meses • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y contar con una remisión médica. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de las arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (continuación) • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de stents coronarios (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede realizar hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede hacer lo siguiente: Tiene dos sesiones por día (cada una con una duración de una hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple con los requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden extender durante un mayor período de tiempo.	
	Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca) Pagamos por una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la consulta, el médico podría hacer lo siguiente: • hablar sobre el uso de la aspirina; • controlar la presión arterial; y/o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	$0
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos por análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas. MassHealth (Medicaid) cubre análisis de sangre adicionales cuando sean médicamente necesarios.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	**Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina** Pagamos por los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres que tienen alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • MassHealth (Medicaid) cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos adicionales cuando sean médicamente necesarios.	$0
	Servicios de quiropráctica Pagamos por los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación, consultas en el consultorio y servicios radiológicos • MassHealth (Medicaid) cubre el tratamiento de manipulación quiropráctica y los servicios radiológicos. MassHealth (Medicaid) requiere autorización previa para más de 20 visitas al consultorio o tratamientos de manipulación quiropráctica, o cualquier combinación de visitas al consultorio y tratamientos de manipulación quiropráctica, que superen las 20, por miembro por año calendario.	$0
	Servicios de tareas domésticas *Para que los servicios de tareas domésticas estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Los servicios cubiertos incluyen los servicios necesarios para mantener un entorno limpio, higiénico y seguro en el hogar. Este servicio incluye las tareas domésticas pesadas, como lavar los pisos, ventanas y paredes, sujetar alfombras y tejas sueltas, mover artículos y muebles pesados.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no corren alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no corren alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes que corren alto riesgo después de una colonoscopia de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal están cubiertas 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 prueba de detección: sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen un examen de detección planificado, una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro médico de dicha prueba.	
	Servicios en la comunidad (atención en el hogar) *Para que los servicios en la comunidad estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Antes de recibir servicios en la comunidad, primero debe hablar sobre estos con su equipo interdisciplinario de atención (ICT). Estos servicios serán brindados según las regulaciones y pautas de MassHealth (Medicaid). Los servicios incluyen, entre otros: • Asesoramiento sobre Alzheimer/demencia • Tecnología de asistencia para telesalud • Capacitación y supervisión de atención compleja • Atención dirigida por el consumidor • Adaptaciones para la accesibilidad al entorno (modificaciones del hogar) • Programas educativos basados en la evidencia. • Programas de compromiso con metas • Realización de las compras y el envío. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios en la comunidad (atención en el hogar) (continuación) • Terapia de habilitación • Servicios de empleadas domésticas. • Entrega de comida a domicilio • Entrega de medicamentos preenvasados a domicilio • Evaluaciones de independencia de la seguridad del hogar • Servicio de lavandería • Sistema de administración de medicamentos • Servicios de orientación y movilidad • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) • Apoyo de pares • Cuidados paliativos • Auxiliar de apoyo para la atención en el hogar • Asistencia en las transiciones.	
	Servicios en un centro de salud comunitario El plan cubre los servicios de un centro de salud comunitario. Algunos ejemplos incluyen los siguientes: • Consultas con el proveedor de atención primaria y los médicos especialistas • Ginecología • Educación sobre salud • Servicios sociales médicos • Servicios nutricionales, incluidas capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia nutricional médica • Servicios para dejar de fumar • Vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH)	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de compañía *Para que los servicios de compañía estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Incluyen socialización, ayuda con las compras y los mandados, acompañamiento a las citas médicas, sitios de nutrición, caminatas, actividades recreativas y asistencia con la preparación y el servicio de refrigerios ligeros.	$0
	Servicios continuos de enfermería *Para que los servicios continuos de enfermería estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Servicios continuos de enfermería especializada o enfermería especializada durante más de dos horas continuas por día brindadas en el hogar según las regulaciones de los servicios continuos de enfermería de MassHealth.	$0
	Servicios de habilitación diurnos *Para que los servicios de habilitación diurna estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted reúne los requisitos porque tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicios que incluye sus metas y objetivos y las actividades que lo ayudarán a alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir los siguientes: • servicios de enfermería y supervisión de la atención médica • entrenamiento de las habilidades del desarrollo • servicios terapéuticos • capacitación de habilidades para la vida/vida diaria adulta	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención diurna para la demencia *Para que la atención diurna para la demencia esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Servicios especializados para atender las necesidades de los miembros enfermos de Alzheimer, otras demencias o trastornos relacionados. Los servicios ayudan a maximizar la capacidad funcional del miembro y a disminuir los comportamientos perturbadores.	$0
	Servicios dentales *Para que los servicios de diagnóstico, endodoncia, servicios generales complementarios, servicios de restauración, servicios de prostodoncia (fija y extraíble), periodoncia, implantes y servicios relacionados, y cirugía oral y maxilofacial estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. El proveedor dental de la red que lo trata debe enviar las solicitudes de autorización directamente al administrador de beneficios dentales del plan, DentaQuest, para su revisión.* El plan cubre la atención de la salud bucal preventiva, de restauración y emergencia. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o los exámenes bucales antes del trasplante de órganos. Además, el plan cubre los siguientes servicios dentales como beneficios comlpementarios de Medicare: • Servicios preventivos/de diagnóstico: ○ Exámenes dentales completos (paciente nuevo o consulta periodontal completa) ○ Exámenes dentales de rutina o centrados en problemas ○ Limpiezas dentales regulares (profilaxis) ○ Tratamiento con flúor ○ Radiografías con aleta de mordida **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Los servicios deben ser brindados por un proveedor de DentaQuest. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con el Servicios para los Inscritos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) • Endodoncias (también llamada terapia endodóntica): o Endodoncias en dientes frontales y posteriores, retratamiento de conductos radiculares y apicectomía • Servicios de restauración: o Empastes plateados o del color del diente • Periodoncia: o Gingivectomía/gingivoplastia o Limpieza profunda de encías (raspado y alisado radicular) Mantenimiento periodontal • Servicios de prostodoncia (fija): o Coronas o Incrustaciones inlay, onlay y recolocación de coronas desprendidas • Servicios de prostodoncia (extraíble): o Dentaduras postizas: completas, parciales, sobredentaduras o dentaduras postizas inmediatas (superior e inferior) o Revestimientos y ajustes de dentaduras postizas completas o Reparación, reemplazo de dientes, revestimiento o Limpieza y control de dentaduras postizas extraíbles: parciales y completas • Servicios de implantes: o Colocación de implantes, corona soportada por implantes • Cirugía bucal y maxilofacial: o Remoción de dientes (extracciones) o Biopsia y cirugía de tejido blando o Injerto óseo • Servicios generales complementarios: o Sedación y anestesia **Estos servicios a continuación están cubiertos sin autorización previa:** • Radiografías y evaluaciones bucales integrales y periódicas • Limpiezas dentales regulares y flúor • Limpiezas profundas (alisado radicular y eliminación de sarro) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto	Lo que usted paga

Servicios dentales (continuación)

- Remoción de dientes (extracciones)
- Empastes plateados o del color del diente
- Dentaduras postizas y revestimientos parciales
- Atención de emergencia

Se aplican las siguientes limitaciones de frecuencia. *Esta lista no es una garantía de cobertura.*

Servicios dentales	Frecuencia
Controles periódicos	Dos veces por año calendario
Control completo (integral)	Una vez cada 36 meses
Juego completo de radiografías	Una vez cada 36 meses
Radiografías regulares	Una vez cada 12 meses
Radiográficas de mordida vertical, panorámicas y por tomografías computarizadas (TC)	Una vez cada 36 meses
Limpiezas regulares	Dos por año calendario
Empastes plateados o del color del diente	Uno por diente o superficie cada 36 meses
Coronas	Una por diente cada 5 años
Endodoncias	Una por diente de por vida
Retratamiento del conducto radicular	Una por diente de por vida
Cirugía de encías (gingivectomía)	Uno por cuadrante cada 36 meses
Limpiezas profundas (raspado)	Una vez cada 24 meses
Cualquier tipo de dentadura postiza total o parcial	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza o ajuste o reparación parcial	Una vez por año calendario
Reforrado rebasado de la dentadura postiza	Una vez cada 36 meses
Implantes.	Dos por año en cualquier parte de la boca
Piezas y coronas relacionadas con implantes	Dos por año en cualquier parte de la boca

Los servicios deben ser brindados por un proveedor de DentaQuest. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Para obtener más información, comuníquese con el Servicios para los Inscritos.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de depresión Pagamos por una prueba de detección de depresión por año. El examen médico debe realizarse en un ámbito de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	$0
	Examen de detección de diabetes Pagamos por esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	$0
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros *Para la cobertura de más de cinco tiras reactivas por día, suministros y glucómetros de marca no preferidos, aquellos con características adaptativas y cualquier glucómetro continuo y suministro (preferidos y no preferidos), su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación) Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un glucómetro ○ tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre ○ dispositivos de punción y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores ▪ Nuestros monitores de glucosa en sangre preferidos son los monitores de glucosa y las tiras reactivas Accu-Chek®, FreeStyle y Precision (hasta cinco tiras reactivas por día). Los miembros del plan pueden obtener un glucómetro Accu-Chek en las farmacias de la red. Los miembros del plan pueden obtener un monitor de glucosa FreeStyle o Precision en las farmacias de la red si proporcionan a la farmacia la siguiente información: RxBIN: 610020 N.º de grupo: 99992432 N.º de identificación: ERXMASSHEAL o llamando a Abbott Diabetes Care al 1-866-224-8892 con el código de oferta A35ABII0. El medidor de glucosa FreeStyle también se puede pedir registrándose en ChooseFreeStyle.com con el código de oferta A35ABII0. ▪ Nuestros glucómetros continuos y suministros preferidos son de Freestyle Libre. Los miembros pueden obtener Freestyle Libre en farmacias de la red. Los productos que no sean FreeStyle Libre solo estarán cubiertos si se documenta una falla de FreeStyle Libre u otra razón por la que no se puedan utilizar con fines médicos. ▪ Los miembros que tienen una necesidad demostrada, como problemas visuales graves o problemas de destreza manual, pueden necesitar un glucómetro con características adaptables, como un sintetizador de voz integrado o un dispositivo de punción integrado. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación) • Para las personas con diabetes que padecen pie diabético grave, pagamos lo siguiente: o un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; **o** o 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 por la capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los Inscritos. **Nota:** Las jeringas y la insulina (a menos que se utilice con una bomba de insulina) están cubiertas de acuerdo con los beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos.	
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados *Para que los equipos médicos duraderos y suministros relacionados estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro* para ver la definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para la diabetes **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por el equipo médico duradero y por los suministros relacionados que estén cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare. Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es de $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación) • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y pértiga • Dispositivos generadores del habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de repuesto • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo para atención de diálisis Es posible que se cubran otros artículos. Pagamos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y MassHealth (Medicaid) suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede pedirle que lo solicite especialmente para usted. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid) de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que usted necesita la marca. Si es nuevo en nuestro plan y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca por usted durante 90 días como máximo. Durante este período, hable con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después del período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación) Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*. El plan cubre una silla con elevador de asiento una vez de por vida hasta $900. Usted pagará todos los cargos que excedan los $900 del límite de cobertura del plan.	De $0 a $900 por una silla reclinable con elevación de asiento de por vida. Usted pagará todos los cargos que excedan los $900 del límite de cobertura del plan. Nota: Si usted es un paciente de una institución, o de parte de una institución que provee los servicios descritos en la Ley de Seguro Social (Social Security Act), Sección 1819(a) (1) o Sección 1819(e) (1), no recibirá cobertura por el alquiler o la compra de equipos médicos duraderos, dado que no se considerará a esta institución como su residencia. Los centros que no se consideran residencia incluyen, entre otros, los centros de atención de enfermería especializada (SNF) o una parte específica de un SNF.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de emergencia Atención de emergencia comprende servicios con las siguientes características: • son brindados por un proveedor capacitado para ofrecer servicios de emergencia, • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias: • represente un riesgo grave para su vida; **o** • provoque un grave daño a las funciones corporales; **o** • cause la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados y planificados previamente (incluida la diálisis para una afección en curso), la atención/las consultas de rutina o los procedimientos electivos no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se estabilice la emergencia, deberá trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención de pacientes internados solo si nuestro plan aprueba su estadía.
	Coordinación de servicios de apoyo geriátrico Evaluación en el hogar y coordinación de servicios en el hogar a cargo del personal del Punto de Acceso a Servicios para Adultos Mayores (ASAP).	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cuidado para adultos grupal *Para que el cuidado grupal para adultos esté cubierto, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre los servicios proporcionados por proveedores de cuidado para adultos grupal para los miembros que reúnen los requisitos. Estos servicios se brindan en un entorno residencial con apoyo grupal y pueden incluir lo siguiente: • ayuda con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y la atención personal • supervisión • supervisión de enfermería • administración de la atención	$0
	**Programas educativos sobre salud y bienestar** **Membresía para clases de acondicionamiento físico/gimnasios** • Cobertura de hasta $400 para un monitor nuevo de acondicionamiento físico, un equipo nuevo de acondicionamiento físico cardiovascular o una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados o clases cubiertas de acondicionamiento físico. **Beneficio nutricional** • La terapia nutricional grupal o individual ilimitada se encuentra disponible para todos los miembros cuando es brindada por un nutricionista o por profesionales de nutrición certificados dentro de la red. **Educación sobre salud** • Es una comunicación que contiene información que lo ayudará a mantenerse saludable. • Clases de programas educativos sobre salud y bienestar: los miembros deben recibir servicios de proveedores de la red. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por lo siguiente: • Hasta $400 para un monitor nuevo de acondicionamiento físico, un equipo nuevo de acondicionamiento físico cardiovascular o una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados. • Beneficio nutricional • Boletín informativo. • Clases de educación para la salud y el bienestar

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • Los programas de administración de casos y de enfermedades están disponibles para los miembros con afecciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria arterial y asma. • Se encuentra disponible un programa de medicamentos de infusión destinado a los miembros que realizan terapias de medicamentos de infusión, para asegurarse de que la administración de estos medicamentos se realice en el ámbito más apropiado y conveniente para el miembro. Para obtener más información sobre cualquiera de estos programas educativos sobre salud y bienestar, llame al número de Servicios para los Inscritos que se encuentra en la parte inferior de la página.	• Programas de administración de enfermedades y de administración de casos. • Programa de medicamentos de infusión.
	Servicios auditivos, incluidos audífonos *Para que los servicios de audiología estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos las pruebas de audición y equilibrio que realiza su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: • Entrega y suministro de audífonos, baterías y accesorios • Instrucción para el uso, cuidado y control de audífonos • Moldes auriculares • Impresiones de los oídos • Préstamo de un audífono, cuando sea necesario • Exámenes auditivos de rutina • Servicios de diagnóstico • Un audífono por oído, ya sea uno binaural o dos monoaurales, cada 60 meses variables, según las pautas de MassHealth (Medicaid)	$0 por cada servicio auditivo cubierto por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de VIH Pagamos por un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas con las siguientes características: • Solicitan una prueba de detección de VIH; **o** • corren un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH.	$0
	Atención médica a domicilio *Para que la atención médica a domicilio esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Para que usted pueda recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que usted los necesita, y estos deben ser provistos por una agencia de salud en el hogar. Pagamos por los siguientes servicios prestados por una agencia de atención médica a domicilio y quizás por otros servicios que no figuran aquí: • Servicios a tiempo parcial, intermitentes y continuos de enfermería especializada o de un auxiliar de atención médica a domicilio (Para que esté cubierto como parte del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio no deben superar las ocho horas por día y las 35 horas por semana). • Administración de medicamentos • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio *Para que la atención médica a domicilio esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio, bajo la supervisión de un enfermero diplomado u otro profesional, para los miembros que reúnen los requisitos. Los servicios pueden incluir los siguientes: • Cambios de vendaje simples • Asistencia con los medicamentos • Actividades de apoyo para terapias especializadas • Atención médica de rutina de dispositivos ortésicos y protésicos	$0
	Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados en una vena o aplicados debajo de la piel y proporcionados en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; **y** • suministros, como un tubo o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención personalizado (ICP); • capacitación y educación para miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; **y** • servicios de monitoreo para la administración de terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar por un proveedor de terapia de infusión en el hogar. Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte D de Medicare.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de cuidados paliativos para personas sin hogar Tiene acceso a apoyo antes y después de una colonoscopia para prepararse y recuperarse después de un procedimiento de colonoscopia. Tiene acceso a apoyo para la recuperación después de problemas médicos agudos, administración de casos y navegación de salud y remisiones para abordar otras necesidades sociales y de salud, y apoyo de planificación para la transición a entornos en la comunidad.	$0
	Atención en un hospicio Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un diagnóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicios certificados por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos o controlamos, o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención en el hogar Cuando se le admite en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. • Si elige recibir la atención en un hospicio en un centro de enfermería, NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP cubrirán el costo de alojamiento y comida. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, Original Medicare, y no por nuestro plan, paga los servicios del hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. $0 para los miembros que sean elegibles para los servicios de consulta sobre hospicios.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un hospicio (continuación) **En el caso de los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionen con su diagnóstico terminal, se facturarán a Medicare.** • Original Medicare (y no nuestro plan) pagará al proveedor del hospicio por los servicios prestados y por cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de servicios de hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que este último pague. **Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, independientemente de que se relacionen o no con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **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 atención médica que no sea en un hospicio, llame a su navegador o a Servicios para los Inscritos para organizar los servicios. La atención médica que no sea en un hospicio es aquella que **no está** relacionada con su diagnóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (por única vez) para un miembro que tiene una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de hospicio.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	**Inmunizaciones** *Para que las vacunas contra la hepatitis B estén cubiertas, su médico u otro proveedor de la red deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.* Pagamos por los siguientes servicios: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza adicionales en caso de ser médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que le ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. Pagamos por 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.	$0
	Servicio de enfermería independiente *Para que los servicios de enfermería independiente estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre la atención de un enfermero independiente en su hogar. Esto incluiría una visita de enfermería de más de dos horas continuas de servicios de enfermería para las personas que viven en la comunidad.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de salud conductual para pacientes internados *Para que la atención de salud conductual para pacientes internados esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Servicios para pacientes internados, como los siguientes: • Servicios de salud mental para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados • Camas de observación • Servicios de día administrativamente necesarios Según este plan, no hay límite de por vida para la cantidad de días que un miembro puede pasar en un centro de atención de salud conductual para pacientes internados.	$0
	Atención para pacientes internados en un hospital *Para que la atención para pacientes internados en un hospital esté cubierta, su médico o proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Incluye servicios de cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados en un hospital. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con orden médica. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital. Medicare cubre hasta 90 días en un hospital de cuidados agudos en cada período de beneficios. Esto incluye servicios de salud conductual, de trastorno por consumo de sustancias y de rehabilitación. MassHealth (Medicaid) cubre la estadía en el hospital como paciente internado más allá del límite de 90 días según sea médicamente necesario. Consulte el **Capítulo 12** para obtener una explicación del “período de beneficios”. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su emergencia.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Dispositivo de asistencia, como sillas de ruedas. • Servicios en la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del modelo de atención para su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del modelo de atención para nuestra comunidad y usted elige hacerse el trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente internado en un hospital, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de información se encuentra disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
	Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico *Para que los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos por los servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital. Medicare cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes internados en un hospital. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. Este límite no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. MassHealth (Medicaid) cubre la hospitalización como paciente internado en un hospital psiquiátrico más allá del límite de Medicare.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Estadía para pacientes internados: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una estadía para pacientes internados no cubierta *Para que los siguientes servicios en un hospital de cuidados agudos o centro de atención de enfermería especializada (SNF) estén cubiertos cuando la internación haya sido denegada o se haya alcanzado el límite de días, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Como se describió anteriormente, el plan cubre una cantidad ilimitada de días por período de beneficios para atención para pacientes internados en un hospital y hasta 100 días por período de beneficios para atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). Usted cuenta con una cobertura de hasta 90 días como máximo de atención en cada período de beneficios en un centro de rehabilitación para pacientes internados o en una unidad de rehabilitación de un hospital de cuidados agudos. Si supera el límite de 90 días en un período de beneficios, puede utilizar sus días de reserva de por vida para obtener cobertura adicional. Pagamos por los siguientes servicios mientras usted está en el hospital o en un centro de enfermería, y tal vez por otros servicios que no figuran aquí: • Servicios del médico. • Análisis de diagnóstico, como los análisis de laboratorio. • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortésicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Son dispositivos que reemplazan la totalidad o parte de lo siguiente: o Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo). o La función de un órgano interno del cuerpo inoperante o con disfunción. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Estadía para pacientes internados: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una estadía para pacientes internados no cubierta (continuación) • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en su afección. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	
	Cuidado asistencial en instituciones *Para que los servicios de cuidado institucional estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Servicios como enfermería, asistencia con las actividades de la vida cotidiana, tratamientos, nutrición, medicamentos y productos biológicos brindados durante las hospitalizaciones en un centro de atención de enfermería especializada certificado, si no están cubiertos por Medicare. Es posible que se aplique la responsabilidad financiera del monto pagado por el paciente de MassHealth. Los servicios están cubiertos de acuerdo con las regulaciones del centro de atención de enfermería de MassHealth.	$0
	Servicios y suministros para la enfermedad renal (de los riñones) Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para instruir a los miembros sobre cómo mantener una buena salud renal y ayudarles a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe darle una remisión. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios y suministros para la enfermedad renal (de los riñones) (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluidos tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente 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 esté disponible o sea inaccesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para atención especial. • Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	
	Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con lo siguiente: • tiene entre 65 y 77 años; **y** • tiene una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; **y** • ha fumado al menos un paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma en la actualidad, o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige proporcionar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Terapia médica nutricional El plan cubre terapia de diagnóstico nutricional y servicios de asesoramiento para ayudarle a manejar una afección médica (como diabetes o enfermedad renal). Es posible que MassHealth (Medicaid) cubra la terapia médica nutricional para los miembros que no cumplan con el criterio de Medicare. Los servicios adicionales cubiertos por el plan incluyen: • Cubrimos hasta un total de tres visitas de asesoramiento individual complementario sobre terapia médica nutricional cada año para todos los miembros (diagnósticos cubiertos y no cubiertos por Medicare). Los miembros deben recibir servicios de un nutricionista certificado u otro profesional de nutrición de la red.	$0
	Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia *Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia) esté cubierto, usted, su médico u otro proveedor de la red deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre el transporte que usted necesita por motivos médicos que no sean de emergencia. Esto incluye servicios de automóvil, taxi, transporte público y ambulancia (terrestre), según sea necesario para ayudarle a llegar a un servicio que pagamos (dentro o fuera del estado). El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. El plan cubrirá viajes ilimitados por año en ambulancia (cuando se autorice como médicamente necesario), furgoneta/furgoneta para silla de ruedas, servicios de viajes compartidos por razones médicas, dentro de la Mancomunidad de Massachusetts. Además, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte médico calificado no urgente. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia (continuación) El transporte, incluidos los reembolsos a amigos y familiares, debe coordinarse y organizarse durante nuestro horario de atención, llamando al proveedor de transporte del plan. Solicitamos que se organicen estas cuestiones con al menos dos días hábiles de anticipación.	
	**Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)** Nuestro plan paga los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a mejorar su comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente: • cambios en la dieta a largo plazo; **y** • aumento de la actividad física; **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0
	Medicamentos de la Parte B de Medicare *Para que determinados medicamentos de la Parte B de Medicare estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* *Ciertos medicamentos de la Parte B, incluidos algunos antieméticos, antiinflamatorios y de quimioterapia, pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado de la Parte B. Puede encontrar una lista de esos medicamentos en el enlace a continuación.* La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administran a sí mismos, sino que se inyectan o administran por infusión mientras recibe servicios de un médico, en un hospital como paciente externo o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada con un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por los medicamentos con receta cubiertos de la Parte B y la insulina cubierta de la Parte B. $0 por las consultas en el consultorio de un proveedor de atención primaria o especialista para que le administre los medicamentos con receta cubiertos de la Parte B.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite más exámenes y pruebas antes o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre los exámenes y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los incluye. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si está confinado a su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico haya certificado como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma 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 haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería *Para que la atención en un centro de enfermería esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Un centro de atención de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • 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 naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio generalmente proporcionados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios radiológicos generalmente proporcionados por centros de atención de enfermería. • Uso de dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de atención de enfermería. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería (continuación) • Servicios de médicos o profesionales. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas. • Beneficios de la vista. • Exámenes de audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podiatría. Por lo general, recibe atención de centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital.	
	**Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo** Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por el asesoramiento para ayudarle a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan total de prevención. Para obtener más información, consulte con su proveedor de atención primaria.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos. • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (prueba de toxicología).	$0
	Servicios ortésicos *Para que ciertos servicios ortésicos estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre los dispositivos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para brindar apoyo o corregir la forma o el funcionamiento del cuerpo humano.	$0
	Atención de salud conductual para pacientes externos *Para que la terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS), la terapia electroconvulsiva (ECT) y la terapia intensiva para pacientes externos (IOP) estén cubiertas, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos los servicios de salud conductual proporcionados por: • Un psiquiatra o médico con licencia estatal • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico (CSW) • Un especialista en enfermería clínica (CNS) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de salud conductual para pacientes externos (continuación) • Un consejero profesional licenciado (LPC) • Un terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT) • Un enfermero practicante (NP) • Un asistente médico (PA) Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes El plan cubre servicios, incluidos los siguientes: • Tratamiento individual, grupal y familiar o de parejas • Consultas para obtener medicamentos • Evaluación de diagnóstico • Consulta con la familia • Consulta de casos • Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados • Consulta para la transición de paciente internado a paciente externo • Tratamiento de acupuntura • Terapia de reemplazo de opioides • Desintoxicación ambulatoria (nivel II.d) • Pruebas psicológicas • Terapia dialéctica conductual • Servicios de salud mental de intervención en caso de crisis en el departamento de emergencias • Terapia electroconvulsiva • Estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) • Atención especial	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos *Para que las tomografías computarizadas (CT), las tomografías por emisión de positrones (PET), las resonancias magnéticas (MRI), los estudios de medicina nuclear, la terapia de protones, la radioterapia de intensidad modulada para el cáncer de mama, el tratamiento con oxígeno hiperbárico, los exámenes genéticos, los análisis de laboratorio y los estudios del sueño (polisomnografía) estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como CT, MRI, electrocardiogramas (EKG) y PET, cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicite para tratar una afección médica. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.	$0
	Medicamentos para pacientes externos Lea el **Capítulo 5** para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el **Capítulo 6** para obtener información sobre lo que usted paga por los medicamentos.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Observación en el hospital para pacientes externos Pagamos por los servicios de observación hospitalarios para pacientes externos cubiertos para determinar si necesita una admisión como paciente internado o si puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y se deben considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando son proporcionados a partir de la orden de internar de un médico o de otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para internar pacientes o pedir análisis para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor escriba una orden para que le ingresen al hospital como paciente internado, usted será un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si duda respecto a si le consideran paciente externo, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	$0
	Servicios hospitalarios para pacientes externos *Para que los servicios hospitalarios para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos por los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como las siguientes: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes externos, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. • Pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser necesario sin esta atención. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo	
	Servicios de terapia y rehabilitación para pacientes externos *Para que las consultas de fisioterapia estén cubiertas después de la consulta 60, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* *Para que las consultas de terapia ocupacional estén cubiertas después de la consulta 60, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* *Para que las consultas de terapia del habla estén cubiertas después de la consulta 35, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos la fisioterapia, la terapia ocupacional, la terapia del habla y las evaluaciones integrales relacionadas. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos y servicios de terapia en los departamentos para pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros. Nuestro plan cubre otros servicios de rehabilitación para pacientes externos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0

	Servicios relativos al trastorno por consumo de sustancias, destinados a pacientes externos *Para que el programa intensivo para pacientes externos (IOP) esté cubierto, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Los servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare tienen cobertura cuando son brindados en una clínica o en un hospital para pacientes externos por un psiquiatra u otro médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería y el departamento de auxiliares médicos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Psicoterapia • Educación del miembro sobre diagnóstico y tratamiento Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no figuran aquí: • Detección y asesoramiento por consumo de alcohol • Tratamiento para el abuso de sustancias • Asesoramiento grupal o individual por parte de un profesional clínico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • Servicios para el consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos • Tratamiento con naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada MassHealth (Medicaid) cubre algunos servicios adicionales, como los siguientes: • Mantenimiento con metadona • Programa estructurado de adicciones para pacientes externos • Servicios de apoyo clínico • Servicios de rehabilitación residencial para adultos • Programa de Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal (PACT) • Servicios de apoyo en la comunidad • Evaluación, intervención y estabilización en caso de crisis	$0 por las consultas para terapia individual o grupal cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare $0 por acupuntura cubierta complementaria de Medicare

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cirugía para pacientes externos *Para que las cirugías para pacientes externos estén cubiertas, su médico u otro proveedor de la red deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos la cirugía y los servicios para pacientes externos en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nuestro plan cubre otros servicios para pacientes externos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid). **Nota:** Si le realizarán una cirugía en un hospital, pregúntele a su proveedor si será como paciente externo o internado. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted será un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	$0
	Artículos de venta libre (OTC) (tarjeta Save Now para comprar ciertos artículos de venta libre y alimentos saludables aprobados por Medicare) Usted recibe una tarjeta Save Now con un crédito de $375 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de OTC y relacionados con la salud aprobados por el plan, como suministros para primeros auxilios, cepillos de dientes, pruebas de COVID-19 y medicamentos para el resfrío y las alergias, sin una receta. El crédito se carga el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y vence el último día de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). **Nota:** Los miembros que *no* califican para los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos solo pueden usar la tarjeta Save Now para la compra de artículos OTC aprobados por el plan. Los miembros que *reúnan* los requisitos para los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos tendrán la opción de utilizar la asignación trimestral de $375 disponible en la tarjeta Save Now para la compra de artículos de OTC o comestibles aprobados por el plan.	$0 por artículos de OTC cubiertos por MassHealth (Medicaid). Con la tarjeta Save Now, usted paga $0 por artículos de venta libre aprobados, hasta $375 cada trimestre. Usted pagará todos los costos que excedan los $375 por trimestre. Los saldos no utilizados al final de cada trimestre calendario no se transferirán al trimestre siguiente. Para obtener más información, consulte la sección **Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos** en esta Tabla de beneficios.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Equipos para oxigenoterapia y terapia respiratoria *Para que ciertos equipos de oxigenoterapia y terapia respiratoria estén cubiertos, su médico o proveedor de la red debe obtener autorización previa (aprobación por anticipado) del plan.* El plan cubre servicios, incluidos los sistemas de oxígeno, las reposiciones y el alquiler de equipos para oxigenoterapia.	$0
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos *Para que los servicios de hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT) o consejero profesional licenciado. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital. El **servicio intensivo para pacientes externos** es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) proporcionado como servicio a pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural 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.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de asistentes de atención personal *Para que se cubran los servicios de asistentes de atención personal, su médico u otro proveedor de la red debe obtener una autorización previa (aprobación por anticipado) del plan.* El plan cubre los servicios de asistentes de atención personal para ayudarle a realizar las actividades de la vida cotidiana y las actividades instrumentales de la vida cotidiana si reúne los requisitos. Esto incluye, por ejemplo: • Bañarse • Preparar comidas y comer • Vestirse y asearse • Administrar los medicamentos • Moverse de un lugar a otro • Ir al baño • Trasladarse • Realizar la lavandería • Realizar tareas domésticas Puede contratar a un trabajador para que le ayude con las tareas prácticas. El plan también puede pagar a un trabajador para que le ayude con otras tareas que no necesitan ayuda práctica. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y si estará en su plan de atención personalizado (ICP).	$0
	Farmacia Cobertura de ciertos medicamentos de venta libre (medicamentos para los que las leyes federales o estatales no requieren receta, a menudo denominados medicamentos sin receta) según se enumeran en la *Lista de medicamentos cubiertos de venta libre y adicionales de MassHealth*. MassHealth (Medicaid), NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP requieren una receta tanto para medicamentos y para ciertos medicamentos de venta libre.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o de proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico *Para que algunos servicios para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. Para obtener más información, consulte el* ***Capítulo 3****.* *Para que las cirugías reconstructivas estén cubiertas, su PCP u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en lugares como los siguientes: o Consultorio de un médico o Centro quirúrgico ambulatorio certificado o Departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria ***o*** especialista, si su médico los pide para determinar si usted necesita tratamiento. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: atención primaria, atención especializada, servicios de salud conductual para pacientes externos, tratamiento con opioides y servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos. o Usted tiene la opción de obtener estos servicios ya sea en una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, deberá utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. o Los servicios de telesalud cubiertos se limitan a aquellos que tienen un componente tanto de audio como de video, y deben hacerse en tiempo real mediante un método de comunicación seguro administrado por su proveedor. Estos servicios pueden reemplazar algunas consultas en persona a su proveedor. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare $0 por cada consulta con un médico especialista cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid) $0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por MassHealth (Medicaid) $0 por los beneficios dentales cubiertos por Medicare $0 por el costo de cada consulta por telesalud cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid) $0 por el costo de cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de médicos o de proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ERT) para los miembros que se realizan diálisis en sus viviendas en un centro de diálisis renal basado en hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o la vivienda del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal. • Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y del lenguaje (SLP) y audiólogos calificados. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o conversación por video) con su médico durante cinco a diez minutos **en los siguientes casos:** ○ usted no es un paciente nuevo; **y** ○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días **y** ○ la llamada no conduce a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la cita disponible cuanto antes. ○ la evaluación no conduce a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la cita disponible cuanto antes. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga

	Servicios de médicos o de proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)
	• evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas posteriores **en los siguientes casos:**
	  ○ usted no es un paciente nuevo; **y**
	  ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días **y**
	• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si no es un paciente nuevo.
	• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.
	• Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).
	• Cirugía Reconstructiva
	  ○ Cirugía para pacientes a quienes se les ha realizado una mastectomía, para reconstruir la mama en la cual se realizó la mastectomía.
	  ○ Cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica.
	  ○ Tratamiento de cualquier complicación física debido a una mastectomía, incluidos los linfedemas.	

	Servicios prestados por médicos y enfermeros practicantes El plan cubre los servicios prestados por médicos y enfermeros practicantes. Esto incluye, por ejemplo: • Visitas al consultorio para atención primaria y de especialistas • Ginecología • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Terapia nutricional médica • Servicios para dejar de fumar	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de podiatría *Para que los servicios de podiatría en un hogar de convalecencia estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Pagamos por los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. Nuestro plan también cubre la atención de podiatría, incluido el cuidado de los pies de rutina, que no cubre Medicare en el marco del beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0
	Reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta Después de recibir el alta en un hospital o SNF, un miembro puede obtener una revisión del régimen de medicamentos previos y posteriores al alta para reducir las interacciones y los efectos secundarios negativos que pueden causar una lesión o enfermedad. Un enfermero administrador de casos u otro proveedor de atención médica de la red calificado realizarán la reconciliación.	$0
🍎	**Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH** Si no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos **incluyen lo siguiente:** • Medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo por inyectarse el medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación y reducción del riesgo del VIH y el cumplimiento de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	**Pruebas de detección de cáncer de próstata** Pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados *Para que los dispositivos protésicos y suministros relacionados estén cubiertos, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* El plan cubre los dispositivos protésicos y suministros médicos adicionales relacionados con los dispositivos protésicos, entablillados y otros dispositivos con el beneficio de MassHealth (Medicaid). Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: • Pruebas, adaptaciones o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • Bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Férulas • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sujetador posquirúrgico para después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos prostéticos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte la sección “Atención de la vista”, que se encuentra más adelante en esta tabla, para obtener más información.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una remisión para la rehabilitación pulmonar dada por el médico o proveedor que trata la EPOC.	$0
	Prevención de la readmisión Después de recibir el alta de un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) a su hogar, un miembro puede recibir una evaluación de transición de atención luego del alta e intervenciones en el hogar o por teléfono realizados por un enfermero administrador de casos, que incluyen, entre otros, la salud del miembro y educación sobre los medicamentos, la coordinación de la atención de seguimiento o facilitación de los servicios en el hogar.	$0
	Servicios de tecnología de acceso remoto (línea directa de enfermería) El acceso telefónico y en línea a enfermeros certificados y otros profesionales de atención médica que trabajan como orientadores de salud está disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana.	$0
	Servicios de tecnología de acceso remoto (tecnologías basadas en la web/el teléfono) Los servicios cubiertos incluyen una evaluación telefónica y servicios de administración proporcionados por médicos, incluidos los médicos de atención primaria y especializada, y otros profesionales de atención médica calificados, como asistentes médicos, enfermeros practicantes y especialistas en enfermería clínica.	$0
🍎	**Monitoreo remoto de pacientes (RPM)** Implica el uso de dispositivos médicos seleccionados que transmiten información de salud personal digital de manera sincrónica o asincrónica de un paciente en riesgo a un proveedor tratante en una ubicación distante, lo que permite al proveedor responder al paciente y controlar su afección. El monitoreo remoto de pacientes (RPM) está disponible para los miembros que cumplen con ciertos criterios clínicos.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	**Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C** Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una vez por una prueba de detección. Si tiene riesgo alto (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	$0
	Servicios de salud sexual La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un de la red o no, para ciertos servicios de salud sexual. Es decir, cualquier médico, clínica, hospital o farmacia. Pagamos por los siguientes servicios: • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH También pagamos por algunos otros servicios de salud sexual. Sin embargo, debe acudir a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0
	Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) *Para que la atención en un centro de enfermería especializada esté cubierta, su médico u otro proveedor de la red debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12.** Medicare cubre hasta 100 días en cada período de beneficios para la atención en un centro de enfermería especializada. Si agota el beneficio de Medicare, todavía tiene la cobertura de MassHealth (Medicaid). No es necesaria una estadía en el hospital previa. Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no figuran aquí: • 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 obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF. • Análisis de laboratorio realizados por los SNF. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de atención de enfermería. • Dispositivo de asistencia, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de atención de enfermería. • Servicios de médicos o proveedores. Por lo general, los centros de la red le brindan atención de SNF. En determinadas situaciones, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital.	
	Dejar de fumar y de consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y se mantienen alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare ofrece el asesoramiento. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año). Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente: • Asesoramiento individual y de grupo para dejar de usar tabaco. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga

	Dejar de fumar y de consumir tabaco (continuación)
	• Tratamiento farmacoterapéutico
	  ○ parches de nicotina
	  ○ goma de mascar
	  ○ comprimidos para chupar
	Programas complementarios adicionales para dejar de fumar y de consumir tabaco: llamadas en conferencia individuales y entrenamiento individual por teléfono brindados por asesores certificados de tratamiento para el tabaquismo de nuestro programa para dejar de fumar, Quit to Win.	

	Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos *Los miembros con afecciones crónicas que cumplan determinados criterios pueden ser elegibles para beneficios complementarios para enfermos crónicos.* Las enfermedades crónicas suelen ser afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección es diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su médico de atención primaria, personal de enfermería especializado y proveedores similares. Las afecciones crónicas incluyen: trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos crónicos e incapacitantes de la salud mental, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular. Esta no es una lista completa de las afecciones crónicas elegibles. No todos los miembros con una afección elegible cumplen con los requisitos. También se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura. Los miembros calificados tendrán acceso a lo siguiente: $375 de los fondos para artículos de OTC por trimestre calendario a través de su tarjeta Save Now, destinada a la compra de alimentos y productos agrícolas saludables en los minoristas de la red. Los saldos no utilizados al final de cada trimestre calendario no se transferirán al trimestre siguiente. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por lo siguiente: • Uso de $375 por trimestre calendario de los fondos Save Now OTC designados para la compra de alimentos y productos agrícolas aprobados por nosotros en los minoristas de la red. Usted pagará todos los costos que excedan los $375 por trimestre calendario. • 100 viajes por año, de ida o vuelta, a lugares aprobados por motivos no médicos que no sean de emergencia.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (continuación) • 100 viajes por año, de ida o de vuelta, a lugares aprobados por motivos no médicos que no sean de emergencia a través del proveedor aprobado por el plan.	
	Terapia de ejercicios supervisada (SET) Pagamos la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). Nuestro plan paga lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET. • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa de SET debe tener las siguientes características: • Incluir sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Ser brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD. • con la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), auxiliar médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital	$0
	Servicios de transporte: aprobados por el plan relacionados con la salud *Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia) esté cubierto, usted, su médico u otro proveedor de la red deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por 48 viajes de ida o de vuelta cubiertos por Medicare a una farmacia minorista. Los viajes se limitan a 4 viajes de ida o de vuelta por mes.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de transporte: aprobados por el plan relacionados con la salud (continuación) El plan cubrirá hasta un total de 48 viajes de ida o vuelta por año en camioneta o vehículos para pacientes en sillas de ruedas, servicios de viajes compartidos o taxi a farmacias, ya sean de propiedad privada, parte de una pequeña cadena o un gran minorista como CVS Pharmacy, Walgreens o Target. Los traslados se limitan a un radio de un máximo de 30 millas desde el punto donde se pasa a buscar al miembro, según el sistema del proveedor de transporte del plan. Asimismo, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte no médico calificado no urgente que se indica arriba, según el cálculo del proveedor de transporte del plan. Los reembolsos se harán únicamente por viaje, sin importar la cantidad de miembros elegibles en el vehículo, ya sea que viajen al mismo lugar o a destinos distintos. El transporte, incluidos los reembolsos a amigos y familiares, debe coordinarse y organizarse durante nuestro horario de atención, llamando al proveedor de transporte de nuestro plan. Solicitamos que se organicen estas cuestiones con al menos dos días hábiles de anticipación.	Consulte la sección **Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos** en esta Tabla de beneficios para obtener más información sobre la cobertura de transporte adicional conforme a ese beneficio.
	Atención de urgencia La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar lo siguiente: • una situación que no sea de emergencia y que requiere atención médica inmediata; **o bien** • una enfermedad imprevista; **o** • una lesión; **o** • una afección que requiere atención de inmediato. Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede acudir a proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de urgencia (continuación) Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados y planificados previamente (incluida la diálisis para una afección en curso), la atención/las consultas de rutina o los procedimientos electivos no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
	**Atención de la vista** Pagamos lo siguiente: • Exámenes de la vista completos • Entrenamiento de la vista • Anteojos • Lentes de contacto y otros dispositivos para aumentar la visión También pagamos los servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas que tienen riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas que tienen riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos • Hispanoamericanos Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética por año. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por los servicios de atención de la vista cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare, incluidos los dispositivos de ayuda para baja visión. $0 por un examen de la vista de rutina complementario por año realizado por un proveedor de EyeMed. $0 por los anteojos complementarios de hasta $403. Existe un límite de cobertura del plan de $403 por año calendario para anteojos complementarios. Usted paga todos los cargos mayores a $403 por año.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de la vista (continuación) Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas diferentes, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía. Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente: • Exámenes de la vista de rutina. o Las refracciones de la vista están cubiertas como parte de un examen de la vista de rutina con un proveedor de la red y no son reembolsables por separado. • Lentes de contacto y un juego de anteojos por año. • Correcciones o reemplazo de anteojos. Los servicios adicionales cubiertos por el plan incluyen: Dos nuevos pares de anteojos, lentes de contacto, lentes y marcos o mejoras de hasta el límite en la cobertura del plan de $403 por año calendario. Los artículos deben comprarse en un proveedor de la red de EyeMed. Usted paga todos los cargos mayores a $403. Se aplican las siguientes exclusiones: o Promociones o cupones de comercios. o Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubierto por Medicare. o Dos pares de anteojos en lugar de bifocales. o Lentes o lentes de contacto no recetados. o Lentes de sol no recetados	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubrimos la única consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud; • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las inyecciones [o vacunas]), **y** • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele a la secretaria del médico que desea programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0
	Consulta de bienestar El plan cubre los chequeos de bienestar. Esto es para preparar o actualizar un plan de prevención.	$0
	Pelucas Están cubiertas para los miembros que padecen pérdida de cabello como resultado del tratamiento de cualquier forma de leucemia. El plan cubrirá hasta $400 por año calendario. Los miembros son responsables por los montos que superen los $400.	$0 por pelucas cubiertas por Medicare y MassHealth (Medicaid). $0 por las pelucas cubiertas de hasta $400. Hay un límite de cobertura del plan de $400 por año calendario para pelucas. Usted paga todos los cargos mayores a $400 por año.

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios de atención de salud conductual comunitarios. A veces se denominan "servicios de salud conductual de esparcimiento". Son servicios que puede utilizar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su equipo interdisciplinario de atención (ICT) trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su plan de atención personalizado (ICP).

Servicios de atención de salud conductual comunitarios (de esparcimiento) que cubre nuestro plan	
Estos servicios incluyen los siguientes: • Servicios intensivos supervisados médicamente: servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias • Servicios de estabilización clínica: servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población administrados clínicamente • Servicios de estabilización clínica para trastornos por consumo de sustancias • Estabilización comunitaria en casos de crisis • Programa de Apoyo Comunitario (CSP), incluido CSP para personas sin hogar, CSP para la justicia involucrada y Programa de Preservación de Alquileres de CSP* • Intervención móvil en caso de crisis para adultos (anteriormente Programa de Servicios de Emergencia [ESP]) Usted tiene la opción de obtener estos servicios ya sea en una consulta en persona o a través de telesalud. Los servicios de telesalud cubiertos se limitan a aquellos que tienen un componente tanto de audio como de video, y deben hacerse en tiempo real mediante un método de comunicación seguro administrado por su proveedor. Estos servicios pueden reemplazar algunas consultas en persona a su proveedor. • Servicios de hospitalización parcial (PHP) ○ La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT) o consejero profesional licenciado. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital. **Este servicio continúa en la página siguiente.**	

Servicios de atención de salud conductual comunitarios (de esparcimiento) que cubre nuestro plan (continuación)	

• Servicios intensivos para pacientes externos (IOP) y programas de IOP
  ○ El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) proporcionado como servicio a pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.
  ○ Un programa IOP proporciona un tratamiento multidisciplinario coordinado, integral y de tiempo limitado, y está diseñado para mejorar el estado funcional, proporcionar estabilización en la comunidad, desviar una internación en un servicio para pacientes internados o facilitar una reintegración rápida y estable a la comunidad después de un alta de un servicio para pacientes internados.
• Programa de Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal (PACT)
• Tratamiento psiquiátrico diurno
• Asesoramiento para la recuperación
• Navegadores de apoyo para la recuperación
• Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias, que incluyen:
  ○ RRS para adultos
  ○ RRS para familias
  ○ RRS mejorados concurrentes (COE-RRS)
• Programa Estructurado de Adicciones para Pacientes Externos (SOAP)
• Especialista de pares certificado	

Nuestro plan también cubre los servicios de excepto una exención para personas mayores frágiles (FEW) que son similares a otros servicios cubiertos en el hogar, pero que pueden autorizarse en diferente cantidad, duración o alcance para apoyar a los adultos mayores clínicamente frágiles. Estos servicios están disponibles para todos los miembros inscritos en nuestro plan.

POCOS servicios que cubre nuestro plan	
• Asesoramiento sobre Alzheimer/demencia • Tecnología de asistencia para telesalud • Tareas domésticas • Acompañamiento • Capacitación y supervisión de atención compleja • Tecnología mejorada/Sistema personal de respuesta ante emergencias mediante red celular (ET/CPERS) • Adaptación para la accesibilidad al entorno • Programas de educación basados en la evidencia • Programa de compromiso con metas • Realización de las compras y el envío • Sistemas de respuesta en el hogar para casos de deambulación • Entrega de comidas a domicilio • Entrega de medicamentos preenvasados a domicilio • Auxiliar de atención de la salud a domicilio • Evaluaciones de independencia y seguridad en el hogar • Administración del hogar • Realizar la lavandería • Sistema de administración de medicamentos • Servicios de orientación y movilidad • Apoyo de pares • Atención personal • Cuidados paliativos • Programa diurno de apoyo • Auxiliar de apoyo para la atención en el hogar • Asistencia en las transiciones. • Transporte • Comunicación y monitoreo virtual (VCAM)	

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

E1. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y administración de casos específicos

Si recibe rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Mental o administración de casos específicos del Departamento de Salud Mental o del Departamento de Servicios del Desarrollo, la agencia estatal seguirá proporcionando directamente sus servicios. Sin embargo, NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP le ayudarán a coordinar con estos proveedores como parte de su plan de atención general.

Alojamiento y comida en una casa de reposo

Si vive en una casa de reposo y se inscribe en Senior Care Options (SCO), el Departamento de Asistencia de Transición seguirá siendo responsable de sus pagos de alojamiento y comida.

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

En esta sección, se le informa acerca de los beneficios excluidos por 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 están cubiertos por nosotros bajo ninguna circunstancia y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*), salvo en los casos específicos indicados. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por ellos. Si considera que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar 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 consideren “razonables y médicamente necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y MassHealth (Medicaid), a menos que los incluyamos como servicios cubiertos
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.

- Todos los servicios, procedimientos, tratamientos, medicamentos y suministros relacionados con los reclamos de compensación laboral.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación de la columna de conformidad con las pautas de cobertura.
- Atención de asesoramiento, medicina basada en anticipos, medicina boutique o tarifas directas de atención primaria.
- Pruebas de laboratorio iniciadas por el consumidor en las instalaciones o autoadministradas.
- Cirugía estética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Artículos o servicios cubiertos suministrados por un proveedor que ha optado por cancelar la suscripción a Medicare, excepto para situaciones de emergencia o atención de urgencia.
- Equipos/dispositivos médicos defectuosos cubiertos por la garantía de un fabricante o proveedor.
- DME, dispositivos electrónicos, artículos higiénicos no reutilizables o modificaciones en el hogar (p. ej., iluminación decorativa, bañeras de hidromasaje, elevadores con silla para escaleras), que no sean principalmente de naturaleza médica.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.
- Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, excepto que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. 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 generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia. Las tarifas relacionadas con el programa de asistentes de atención personal o el programa de cuidado para adultos están cubiertas como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid), según las regulaciones del programa de MassHealth.
- Servicios/procedimientos y suministros de medicina funcional (incluidos análisis de laboratorio y suplementos). La medicina funcional incluye a la medicina alternativa, holística y naturopática.
- Servicios de salud y de medicamentos recetados recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto las situaciones limitadas de atención de urgencia o emergencia cubiertas por el plan.

- Los servicios de salud para el tratamiento de discapacidades relacionadas con el servicio militar proporcionados por el Sistema de salud militar (incluidos CHAMPUS o TRICARE) conforme al cual el gobierno federal acepta pagar los servicios y suministros.
- Los servicios de salud recibidos como resultado de una guerra o cualquier acto de guerra que suceda durante el plazo de cobertura del miembro conforme a este *Manual del miembro*.
- Artículos o servicios pagados o debidos por otra organización, programa de seguro o entidad gubernamental.
- Cargos por citas perdidas, cargos administrativos, cargos por copias de registros médicos u otros cargos no médicos.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Transporte que no sea de emergencia ni médicamente necesario o que no esté específicamente cubierto por el plan, incluidos, entre otros, ambulancias, taxis, viajes compartidos, uso de camionetas para personas con silla de ruedas o vehículo para el traslado de pacientes por conveniencia del paciente, traslados entre hospitales cuando su afección médica no requiera traslado a otro centro, o transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de atención personal no cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid), incluidos servicio de niñera, recreación, supervisión, instrucciones o indicaciones verbales o capacitación vocacional.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, por ejemplo, un teléfono o televisor.
- Exámenes físicos o inmunizaciones para mantener u obtener empleo, licencias, seguros, audiencias del tribunal, viajes, asesoramiento alimenticio, programas para la pérdida de peso, con fines prematrimoniales o de preadopción, o por motivos no preventivos.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Se cubre un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas que tuvieron una cirugía de cataratas. Los beneficios y la cobertura complementaria adicional del plan de MassHealth (Medicaid) para exámenes de la vista de rutina, anteojos y lentes de contacto están cubiertos por el plan y sujetos a límites.
- Procedimientos para invertir la esterilización y suministro de anticonceptivos sin receta.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto como se describe en los servicio de podiatría en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.
- Autorremisión a proveedores fuera de la red del plan, a menos que sea con el propósito de atención de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área en centros aprobados por Medicare.
- Reembolso de millas por separado para el transporte de varios miembros dentro del mismo vehículo que viajen a la misma ubicación o a ubicaciones diferentes.
- Servicios y suministros que se incluyen en el pago de otro servicio cubierto.

- Servicios que el inscrito, otra persona u organización no tienen obligación legal de pagar.
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y hay un cargo del VA, le reembolsaremos la diferencia al veterano.
- Servicios relacionados con un servicio no cubierto o requeridos como resultado de este.
- Los servicios que recibe de proveedores fuera de la red, excepto la atención para una emergencia médica y la atención de urgencia, los servicios de diálisis (del riñón) en un centro aprobado por Medicare que recibe cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP, y la atención de proveedores fuera de la red que se organiza con autorización previa del plan.
- Servicios, artículos o suministros proporcionados a otra persona que no sea el miembro.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Transporte a citas para una persona que no sea el miembro.
- Evaluación, asesoramiento, rehabilitación o capacitación vocacional.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos

Introducción

En este capítulo, se explican las normas para obtener sus medicamentos como paciente externo. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen 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 tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta en el consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, Original Medicare podría cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F3** del **Capítulo 5** “En un programa de hospicio certificado por Medicare”.
- Algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted por sus beneficios de MassHealth (Medicaid). La *Lista de medicamentos cubiertos de venta libre y adicionales de MassHealth,* que se encuentra en fallonhealth.org/navicare, le indica qué medicamentos están cubiertos (con receta) en virtud de su cobertura para medicamentos MassHealth Standard.

Normas sobre la cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan

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

Usted debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado a emitir recetas) que escriba su receta, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables.

Esta persona normalmente es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención.

La persona autorizada a emitir recetas **no** debe estar en la Lista de exclusión de Medicare.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede obtener su medicamento con receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento con receta debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Nosotros la denominamos *"Lista de medicamentos"*, para abreviarla. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Consulte la **Sección D3** del **Capítulo 9** para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe ser utilizado para 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. El profesional autorizado a emitir recetas puede ayudar a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento con receta.

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 obtener sus medicamentos con receta 146
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 146
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando surta una receta 146
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red 146
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 146
A5. Cómo usar una farmacia especializada 147
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 147
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 150
A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan 150
A9. Reembolso de medicamentos con receta 150
B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan 151
B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* 151

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* 152
B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos* 152

C. Límites en algunos medicamentos 154

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 156
D1. Obtener un suministro temporal 156
D2. Solicitar un suministro temporal 158
D3. Solicitar una excepción 158

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 159

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales 163
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan 163
F2. En un centro de atención a largo plazo 163
F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare 163

G. Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 165
G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de forma segura 165
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos 165
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura 166

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, solo pagamos los medicamentos con receta cuando se obtienen en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los Inscritos.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando surta una receta

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

Si no lleva consigo su tarjeta de identificación del miembro cuando surta la receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo recoja. Puede pedirnos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios para los Inscritos.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para solicitar 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 los Inscritos.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita la reposición de una receta, puede solicitar que un proveedor escriba una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si queda alguna reposición.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para los Inscritos.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los Inscritos.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar, que está cubierta en los siguientes casos:
  - Nuestro plan ha aprobado su medicamento con receta para el tratamiento de infusión en el hogar.
  - La persona autorizada que emite sus recetas le ha extendido su receta.
  - Usted recibe sus servicios de infusión en el hogar de una farmacia de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un centro de atención de enfermería.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención 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 atención a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para los Inscritos.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los Inscritos.

A6. Cómo utilizar los 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 de pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de

nuestro plan están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra *Lista de medicamentos*.

Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Un suministro de 30 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al número de Servicios para los Inscritos que se encuentra en la parte inferior de la página.

Por lo general, una receta de pedido por correo llega dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción del pedido completo. Si el pedido por correo a la farmacia prevé una demora de más de diez días, lo contactaremos y lo ayudaremos a decidir si debe esperar la medicación, cancelar el pedido por correo o surtir la receta en una farmacia local. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a una demora en el pedido por correo, puede comunicarse con Servicios para los Inscritos a los números que se encuentra en la parte inferior de la página para analizar las opciones, que pueden incluir el surtido en una farmacia minorista local o la aceleración del método de envío. Provea su número de identificación y los números de receta al representante. Si desea una entrega de sus medicamentos al día siguiente o al segundo día, puede solicitarla a un representante de atención al cliente por un costo adicional.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y las reposiciones de sus recetas de pedido por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

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

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

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultar primero con usted, en los siguientes casos:

- Usted utilizó servicios de pedido por correo con nuestro plan en el pasado; **o**
- Usted se inscribe para recibir automáticamente todas las recetas nuevas que reciba directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando al 1-844-657-0494 (TTY 711). Si recibe automáticamente un medicamento por correo que

no desea y no se comunicaron con usted para consultarle si lo quería antes de enviarlo, usted podría ser elegible para obtener un reembolso.

Si en el pasado usaba el pedido por correo y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TTY 711).

Si nunca utilizó nuestra entrega de pedidos por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que recibe una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.

- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para optar por no recibir entregas automáticas de recetas nuevas que reciba directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TTY 711).

3. Reposiciones de recetas de pedido por correo

Para obtener reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de registrarse en un programa de reposición automática. En este programa, comenzaremos a procesar su reposición siguiente automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está por quedarse sin medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesite más medicamentos, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficientes medicamentos o si su medicamento ha cambiado.

- Si elige no utilizar nuestro programa de reposición automática, comuníquese con su farmacia de siete a diez días hábiles antes de que se agote su medicamento actual para asegurarse de que se le envíe su próximo pedido a tiempo.

Para cancelar su participación en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TTY 711).

Infórmele a la farmacia sobre las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse y confirmar su pedido antes del envío. Puede indicar su preferencia de comunicación si llama al 1-844-657-0494 (TTY 711).

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *Lista de medicamentos* del plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Inscritos para obtener más información.

NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

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 A6** para obtener más información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Generalmente, pagamos por los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con Servicios para los Inscritos para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagaremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si intenta obtener un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red elegible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Cualquier programa de administración de medicamentos dentro de la red, como la autorización previa y los límites de cantidad, se aplica a las compras fuera de la red. Las farmacias fuera de la red deben encontrarse en los Estados Unidos y sus territorios.

A9. Reembolso de medicamentos con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando recibe el medicamento con receta. Puede pedirnos un reembolso.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos.* Nosotros la denominamos *"Lista de medicamentos"*, para abreviarla.

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 en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos con receta 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 de marca comercial 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 tanto medicamentos de marca como productos biológicos.

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 productos biológicos originales o de marca y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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 de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Si desea obtener más información, llame a Servicios para los Inscritos.

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:

- Visite el sitio web de nuestro plan en fallonhealth.org/navicare. La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios para los Inscritos para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en fallonhealth.org/navicare para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener un cálculo estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los Inscritos.
- Consulte la lista más reciente *de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos de MassHealth* que proporcionamos electrónicamente.

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 descritos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si considera que debemos 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.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y MassHealth [Medicaid]) no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes externos.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento con receta de la Parte D 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. Su médico u otro proveedor puede recetarle un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratar dicha afección. Esto se denomina “uso para una indicación no autorizada”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados de uso para una indicación no autorizada.

Además, por ley, Medicare o MassHealth (Medicaid) no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de MassHealth Standard; consulte la *Lista de medicamentos cubiertos de venta libre y adicionales de MassHealth* en fallonhealth.org/navicare.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre), a menos que figuren en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos de venta libre y adicionales de MassHealth.*
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado, a menos que esté recetado y cubierto por nuestro beneficio de OTC.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las preparaciones con flúor, a menos que sean recetados y estén cubiertos por nuestro beneficio de OTC.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para pacientes externos fabricados por una compañía que indica que solo ellos deben realizarle pruebas o servicios a usted.

C. Límites en algunos medicamentos

En el caso de ciertos medicamentos, hay normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo.
Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según 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/100 mg; uno por día/dos por día; tabletas/líquido).

Si hay una norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en permitirle usar 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 un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión genérica o intercambiable de biosimilares.

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable tiene el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original, pero cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le ofrecen la versión biosimilar genérica o intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, cubriremos el medicamento de marca si su proveedor nos dijo el motivo médico por el cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionarán para usted, **o** escribió “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original, *o* nos dijo el motivo médico por el cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

En el caso de algunos medicamentos, usted o el profesional autorizado a emitir recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se denomina "autorización previa". Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a los números de Servicios para los Inscritos que se encuentra en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare-formulary para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de eficaces antes de cubrir medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado. Llame a Servicios para los Inscritos a los números que se encuentran al final de la página o en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare-formulary para obtener más información sobre el tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidad

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

Para averiguar si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los Inscritos o visite nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura en función de cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro.*

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no hemos revisado su seguridad y eficacia.

- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas o límites especiales en la cobertura. Como se explicó en la **Sección C** anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional autorizado a emitir recetas quieran solicitarnos una excepción.

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

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o pedirnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*; **o**
- nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*; **o**
- ahora se limita de alguna manera.

2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:

- Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
    - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 108 días del año calendario.
    - Este suministro temporal es por hasta 30 días.
    - Si su receta está indicada para menos días, permitimos varias reposiciones para proporcionar un suministro máximo para 30 días del medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.

- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.

- Es nuevo en nuestro plan.
  - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 108 días de su membresía en nuestro plan.**
  - Este suministro temporal es por hasta 30 días.
  - Si su receta está indicada para menos días, permitimos varias reposiciones para proporcionar un suministro máximo para 30 días del medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan durante más de 108 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
  - Para aquellos miembros que han sido ingresados en un centro de atención a largo plazo o han sido dados de alta de este centro, si es necesario, cubriremos una reposición anticipada para sus medicamentos. Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los Inscritos.

Para medicamentos de MassHealth (Medicaid):

- Es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth (Medicaid) por 90 días o hasta que se completen la evaluación integral y el plan de atención personalizado (ICP), o antes si su receta se realiza por menos días.
  - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711).

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para los Inscritos.

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

- Cambiar a otro medicamento.

  Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para los Inscritos para solicitar una lista de medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección. 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 pedirnos que cubramos un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que usted tiene un buen motivo médico para una excepción, este puede ayudarlo a solicitarla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma se retirará de nuestra *Lista de medicamentos* o estará limitado de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le avisaremos de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que usted desee.
- Respondemos a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o su declaración de justificación de la persona autorizada a dar recetas).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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 los Inscritos o con su navegador.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requerir o no una autorización previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de medicamento que puede obtener (limitaciones de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones del tratamiento escalonado en un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Si toma un medicamento que cubrimos a **principios** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- se desarrolle un nuevo medicamento en el mercado que funcione tan bien como un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro **o bien**
- se retire el medicamento del mercado.

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

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en fallonhealth.org/navicare **o**
- Llamar a los números de Servicios para los Inscritos que se encuentra en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* que lo afecten durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se efectuarán de inmediato. Por ejemplo:

- Se lanza un nuevo medicamento genérico. En ocasiones, un nuevo medicamento genérico o biosimilar sale al mercado que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original de la *Lista de medicamentos* actual. Cuando esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y que agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que le corresponde pagar por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. Cuando incorporemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

    - Es posible que no le avisemos de esto antes de este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que se produzca.

    - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos por seguir para solicitar una excepción. Consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio a la *Lista de medicamentos*. O bien

- Se lo informaremos y le daremos un suministro para 30 días del medicamento de marca o producto biológico original después de solicitar una reposición.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o con la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si debe cambiar a un biosimilar genérico o intercambiable, o si existe un medicamento similar de la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar. O bien

- Si debe solicitar una excepción de estas modificaciones. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la **Sección G** del **Capítulo 9**.

Eliminar los medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o puede retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, probablemente lo
quitemos de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que esté tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción sobre el medicamento que esté tomando. Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que haya estado tomando. Para

obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el **Capítulo 9**.

Podríamos realizar otras modificaciones que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos por adelantado de estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estas modificaciones podrían producirse en los siguientes casos:

- La FDA brinda nuevas pautas o surgen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando se produzcan estos cambios:

- Le avisaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio a nuestra *Lista de medicamentos*. **O bien**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite la reposición.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si existe un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos*, puede tomarlo en su lugar. **O bien**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que haya estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

Cambios a la *Lista de medicamentos* que no le afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que usted tome que no se hayan descrito anteriormente y que no le afecten en este momento. Para estos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente, no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

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

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año en curso. 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 existen cambios en los medicamentos que esté tomando que le afectarán durante el próximo año de plan.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan

Si lo internan en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente, cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que se vaya del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Generalmente, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los Inscritos.

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 usted esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, medicamentos para las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su hospicio no cubra porque no está relacionado con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor de hospicio que indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrir el medicamento.

- Para evitar retrasos en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitarle a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que se asegure de que tengamos la notificación que indique que el medicamento no está relacionado antes de que usted solicite a una farmacia que surta su receta.

Si abandona el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que abandonó del hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan 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 la seguridad y la administración de los medicamentos

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

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

- Pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo.
- Pueden no ser seguros debido a su edad o género.
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico.
- Pueden tener un error su cantidad (dosis).
- Tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, es posible que usted sea elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos.
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre.

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda cómo usted puede proceder para hacer el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluya todos los medicamentos que tome, en qué cantidad, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califiquen. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no quiere estar en el programa, infórmenoslo y lo sacaremos de él.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para los Inscritos.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, es posible que consultemos con su persona autorizada a dar recetas para garantizar que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con su persona autorizada a dar recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides con receta o benzodiacepinas puede no ser seguro, es posible que limitemos las formas en que obtiene dichos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides y benzodiazepinas de una farmacia determinada.
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides y benzodiazepinas de una persona autorizada a dar recetas determinada.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar las formas en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la

cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, en caso de que decidamos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su persona autorizada a dar recetas pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos 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). (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 a usted si:

- Tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o drepanocitosis.
- Está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención al final de la vida. **O bien**
- Vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Introducción

En este capítulo, se indica lo que paga por sus medicamentos para pacientes externos. “Medicamentos” hace referencia a lo siguiente:

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

Importante: La información a continuación explica cómo MassHealth (Medicaid) y Medicare cubren sus recetas para que usted no tenga copagos. Siempre y cuando califique para NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP, no tendrá que pagar por sus medicamentos cubiertos.

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

> **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Adicional también se conoce como “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. **Como miembro de Senior Care Options (SCO), MassHealth (Medicaid) cubre los costos restantes que Medicare no cubre para los costos de 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 aquí:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
  - La denominamos la “*Lista de medicamentos*”. En esta lista se indican:
    - qué medicamentos pagamos;
    - si existe algún límite para los medicamentos.

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para los Inscritos. También puede encontrar una copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare.

- El **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.
  - Indica cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos a través de nuestro plan.
  - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura para medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**), el costo que se muestra es un cálculo de los costos que paga de su bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para los Inscritos para obtener más información.

- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye 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)..... 170

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos 171
B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?..... 172
B2. ¿Qué debe hacer en caso de un posible fraude? 172

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo..... 172
C1. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 172

D. Lo que paga por las vacunas de la Parte D 173
D1. Lo que debe saber antes de vacunarse..... 173

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

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

- Los **costos que paga de su bolsillo.** Este es el monto que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que usted paga cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos de sus medicamentos realizados por un familiar o amigo, y los pagos realizados para sus medicamentos a través de la Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, los servicios de salud para la población indígena, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, las organizaciones benéficas y los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Los **costos totales de los medicamentos.** Es el total de todos los pagos efectuados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Cuando usted obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos EOB para abreviarla. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes.** En el resumen, se indica qué medicamentos recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y las variaciones en el precio del medicamento desde el primer surtido por cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.

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

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. **Use su tarjeta de identificación del miembro.**

   Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos con receta obtiene y lo que paga.

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

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

   Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos las copias de los recibos de sus medicamentos:

   - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan.
   - Cuando paga un copago por los medicamentos que obtiene en virtud 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 solicitar que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7**
   de este *Manual del miembro*.

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

4. **Consulte la EOB que le enviamos.**

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

   - **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Le dieron medicamentos ese día?

- **¿Obtuvo los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con aquellos enumerados en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para los inscritos de NaviCare. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: fallonhealth.org/navicare.

B2. ¿Qué debe hacer en caso de un posible fraude?

Si, en este resumen, se indica que existen medicamentos que no esté tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para los Inscritos de NaviCare al 1-877-700-6996 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- 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 de forma gratuita.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Inscritos. Guarde esta EOB. Es un registro importante de los gastos de sus medicamentos. Tenga en cuenta que usted no es responsable de ningún costo por medicamentos o servicios cubiertos. Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el **Capítulo 7**.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos si sigue nuestras normas.

C1. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Un suministro a largo plazo no tiene costo alguno para usted.

Para obtener más información 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*.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por 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 para adultos de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicios para los Inscritos para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Existen dos partes de nuestra cobertura para vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte es para el costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte es para el costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, en ocasiones, puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar por los servicios cubiertos.

Introducción

En este capítulo, se indica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitar el pago. También se le indica 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. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 175

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 178

C. Decisiones de cobertura 180

D. Apelaciones 181

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debe recibir facturas por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP le facturen estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B.**

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos, y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que se le reembolse.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos.
    - Si usted pagó por servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid), no podemos devolverle el dinero, pero el proveedor sí. Servicios para los Inscritos puede ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver los números de teléfono de teléfono de Servicios para los Inscritos.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo informaremos.

Llame a Servicios para los Inscritos si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos en caso de que desee brindarnos información sobre una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son algunos ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

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

   Solicítele al proveedor que nos facture.

   - Si paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
   - Es posible que el proveedor le entregue una factura para pedirle un pago que usted considere que no le corresponda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.

- Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
- Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le reembolsaremos.

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 del miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de lo que le corresponde de sus costos. **Llame a Servicios para los Inscritos** a los números que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura.**

- Debido a que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos los servicios cubiertos **o** la diferencia entre el monto que usted pagó y el que debía pagar de acuerdo con nuestro plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

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

- Si se inscribió de forma 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 los pagos que haya efectuado.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento con receta

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

- Solo en unos pocos casos, cubriremos los medicamentos con receta obtenidos 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 una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare porque no lleva su tarjeta de identificación del miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro, puede solicitarle a la farmacia que nos llame o buscar la información de su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación del 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 mayor que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no se incluya en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conozca o que no crea que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero cree que debemos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
  - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión rápida de cobertura (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 otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle por el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debe cubrirse. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe cubrirse, lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar por los servicios cubiertos.

Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya efectuado por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted emitió o un recibo del proveedor que demuestre que el saldo se pagó en su totalidad. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su navegador. Debe enviarnos su información en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare o puede llamar a Servicios para los Inscritos y solicitarlo.

Debe incluir la siguiente información con su solicitud:

- Nombre y apellido
- N.º de identificación de miembro
- Lista de los artículos o servicios que solicita que le reembolsemos
- Nombre del proveedor de servicios/suministros
- Fecha(s) del servicio
- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben mostrar lo siguiente:
  - Lugar y fecha de la compra
  - Monto total pagado y método de pago
  - Artículos/servicios que se deben reembolsar
  - Proveedor de servicios y fecha del servicio
- En el caso de las solicitudes de reembolso de artículos y servicios médicos, el recibo o la factura deben incluir los códigos de diagnóstico y de procedimiento. Si no hay una factura detallada disponible, puede enviar una declaración del proveedor en el membrete. Tanto el recibo como la factura detallada deben ser fáciles de leer. Nuestro plan no reembolsará cupones ni artículos o servicios comprados con fondos de transferencia electrónica de beneficios (EBT), cuenta de gastos flexibles (FSA) o cuenta de ahorros para la salud (HSA).

El reembolso de medicamentos con receta es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de farmacia (PBM), OptumRx, para proporcionar los reembolsos de los medicamentos con receta de la Parte D. **Debe enviar su reclamo a OptumRx dentro de los tres años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.**

Para asegurarnos de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reembolso de medicamentos con receta para realizar su solicitud de pago.

No es necesario que utilice el formulario de reembolso de medicamentos con receta, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe firmarla y fecharla usted, un representante autorizado o una persona autorizada a dar recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:

- Nombre y apellido
- Número de teléfono
- Fecha de nacimiento
- Género
- N.º de identificación de miembro
- Dirección postal
- Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia donde obtuvo el medicamento con receta
- Fecha(s) en que obtuvo el medicamento con receta
- Código de diagnóstico y descripción
- Nombre del medicamento
- Número de receta
- Para las fórmulas magistrales, se necesita la siguiente información
  - Forma final de la fórmula (crema, parches, supositorios, suspensión, etc.)
  - Tiempo dedicado a preparar el medicamento
  - Ingredientes de la fórmula
- Código nacional de medicamentos (NDC)
- Cantidad
- Suministro diurno
- Volumen total (gramos, ml, cada uno, etc.)
- Comprobante de pago
- Nombre y apellido de la persona autorizada a dar recetas

- NPI de la persona autorizada a dar recetas
- Costo original del medicamento
- Monto que pagó el seguro principal por el medicamento
- Monto que pagó el miembro

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Reclamos médicos (servicios que recibe en el consultorio de su proveedor) y tarjeta de acondicionamiento físico o tarjeta Save Now:	**Reclamaciones de farmacia (servicios que obtiene en la farmacia):**
Fallon Health P.O. Box 211308 Eagan, MN 55121-2908 Correo electrónico: reimbursements@fallonhealth.org	OptumRx Claims Department P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero que debe pagar, si corresponde.

- Le avisaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y que usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó 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 por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si usted no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*, se explican las normas para obtener los servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*, se explican las normas para obtener los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta, también se explican sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte las **Secciones E, F** y **G** del **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido 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 apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*:

- Para presentar una apelación para pedir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación para pedir un reembolso por 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. Nosotros 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 obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 184

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 185

A. Quyền tiếp nhận dịch vụ và thông tin nhằm đáp ứng nhu cầu của quý vị 186

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម
និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។ 187

B. Nuestra responsabilidad de su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 189

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) 190

C1. Cómo protegemos su PHI 190

C2. Su derecho a ver sus registros médicos 191

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD 192

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 195

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted 197

F. Su derecho a abandonar nuestro plan 197

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 199

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones 199

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por su cuenta 200

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 201

H. Su derecho a hacer reclamaciones y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones 202

H1. Cómo proceder ante el trato injusto u obtener más información sobre sus derechos 202

I. Igualdad en salud conductual 203

J. Sus obligaciones como miembro del plan 204

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con competencia limitada del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o las de diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Inscritos. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como jemer, español y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Inscritos o escriba a la siguiente dirección:

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. En el formulario de inscripción de cada miembro, solicitamos su idioma preferido o el material en un formato alternativo para las comunicaciones escritas y verbales o la solicitud de la información en un formato alternativo. Su preferencia de idioma se registrará y guardará en nuestro sistema operativo central para todas las comunicaciones futuras con el fin de que usted no tenga que realizar una solicitud por separado en cada oportunidad.

Puede cambiar su idioma de preferencia o el formato de las comunicaciones informando a un miembro de su equipo interdisciplinario de atención (ICT) o llamando a Servicios para los Inscritos.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea hacer una reclamación, llame a los siguientes números:

- 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 a.m. a 4 p.m.

- Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla.
- Use el videoteléfono (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.

- Centro de Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (TTY: 711).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

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. You have the right to be provided with information on all program services and health care options including available treatment options and alternatives, presented in a culturally appropriate manner, taking your functional status, language and cultural needs into consideration.

- To get information in a way that you can understand, call Enrollee 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, Vietnamese, and Khmer, and in formats such as large print, braille, or audio. These options are available for free upon request. To get materials in one of these alternative formats, please call Enrollee Services or write to:

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. Your preferred language or request for material in an alternate format, both written and spoken, or request for information in an alternate format is requested by us on each member's enrollment form. Your language preference will be captured and stored in our central operating system for all future communications, so you won't have to make a separate request each time.

You may change your preferred language or communications format by informing a member of your ICT or by calling Enrollee Services.

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.

A. Quyền tiếp nhận dịch vụ và thông tin nhằm đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách thức dễ tiếp cận và phù hợp về văn hóa, bao gồm cả cho đối tượng có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc đối tượng thuộc nhiều nguồn gốc văn hóa và sắc tộc khác nhau. Chúng tôi cũng phải trình bày để quý vị hiểu được các quyền lợi trong chương trình cũng như các quyền của quý vị. Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về các quyền của quý vị trong mỗi năm quý vị tham gia chương trình. Quý vị có quyền được cung cấp thông tin về tất cả các dịch vụ và lựa chọn chăm sóc sức khỏe trong chương trình, bao gồm các lựa chọn điều trị và lựa chọn thay thế sẵn có, được trình bày theo cách phù hợp về mặt văn hóa, cân nhắc đến tình trạng chức năng sinh hoạt, ngôn ngữ và nhu cầu văn hóa của quý vị.

- Để nhận thông tin theo cách thức phù hợp, hãy gọi đến bộ phận Dịch Vụ Ghi Danh. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác tiếng Anh (như tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Khmer), cũng như ở các định dạng bản in khổ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Các phiên bản này được cung cấp miễn phí theo yêu cầu. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Ghi Danh hoặc gửi thư yêu cầu tới:

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

Chúng phải đáp ứng yêu cầu cung cấp thông tin về các quyền lợi của chương trình bằng định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị. Ngôn ngữ ưu tiên, yêu cầu tài liệu bằng định dạng thay thế (cả bằng văn bản và lời nói) hoặc yêu cầu thông tin ở định dạng thay thế là thông tin chúng tôi yêu cầu trên mẫu ghi danh của mỗi hội viên. Lựa chọn ngôn ngữ của quý vị sẽ được ghi lại và lưu trữ trong hệ điều hành trung tâm của chúng tôi để phục vụ tất cả hoạt động liên lạc trong tương lai, nên quý vị không phải yêu cầu cho từng lần riêng biệt.

Quý vị có thể thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng liên lạc ưu tiên của mình bằng cách thông báo cho một thành viên ICT hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Ghi Danh.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- My Ombudsman theo số 1-855-781-9898, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9:00 sáng đến 4:00 chiều.
    - Sử dụng 7-1-1 để gọi 1-855-781-9898. Số điện thoại này dành cho những người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm ngôn.
    - Sử dụng Videophone (VP) 339-224-6831. Số điện thoại này dành cho những người bị điếc hoặc khiếm thính.
- Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng MassHealth theo số 1-800-841-2900, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. (TTY: 711).
- Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម**ទាំងអស់** ទាំងសេវាព្យាបាល
និងមិនមែនព្យាបាលត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកទៅតាមលក្ខណៈប្រកបដោយសមត្ថភាពខាងវប្បធម៌
និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត
ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌
និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង
និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។
យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មនៅក្នុងកម្មវិធីទាំងអស់
និងជម្រើសនៃការថែទាំសុខភាព រួមទាំងជម្រើសនៃការព្យាបាលដែលមាន និងជម្រើសផ្សេងៗ
ដែលបង្ហាញក្នុងលក្ខណៈសមស្របតាមវប្បធម៌ ដោយគិតគូរអំពីស្ថានភាពមុខងារ ភាសា
និងតម្រូវការវប្បធម៌របស់អ្នក។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន
  សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ។
  គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស
  រួមទាំងភាសាអេស្ប៉ាញ វៀតណាម និងខ្មែរ និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ
  អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬអូឌីយ៉ូ។
  ជម្រើសទាំងនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃតាមការស្នើសុំ។
  ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាចុះឈ្មោះ
  ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនេះជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ ភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត ឬសំណើសុំឯកសារជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត ទាំងការសរសេរ និងការនិយាយ
ឬសំណើសុំព័ត៌មានជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតត្រូវបានស្នើសុំដោយយើងខ្ញុំនៅលើទម្រង់ចុះឈ្មោះសមាជិកនីមួយៗ។ ចំណូលចិត្តភាសារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានកត់ត្រា
និងរក្សាទុកនៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រតិបត្តិការកណ្តាលរបស់យើងសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងទាំងអស់នាពេលអនាគត ដូច្នេះអ្នកនឹងមិនចាំបាច់ដាក់សំណើសុំដាច់ដោយឡែករាល់ពេលនោះទេ។

អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់ទំនាក់ទំនងដែលអ្នកពេញចិត្ត ដោយជូនដំណឹងដល់សមាជិកនៃក្រុមថែទាំអន្តរជំនាញ (ICT) របស់អ្នក ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាចុះឈ្មោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY
  គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។

- កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ខ្ញុំតាមលេខ 1-855-781-9898 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
  ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ 4:00 រសៀល

  - ប្រើ 7-1-1 ដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-781-9898។ លេខនេះគឺសម្រាប់មនុស្សថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬពិការភាពចំពោះការនិយាយ។

  - ប្រើទូរសព្ទជារីដែអូ (VP) 339-224-6831។ លេខនេះគឺសម្រាប់មនុស្សថ្លង់ ឬពិបាកស្តាប់។

- មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន MassHealth តាមលេខ 1-800-841-2900 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
  ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY: 711)។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-537-7697។

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derechos.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** del *Manual del miembro*.
    - Llame a Servicios para los Inscritos o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para acudir a un proveedor que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de los proveedores de la red en un plazo razonable.
    - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
    - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, tendremos que pagar por la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios o atención de emergencia que se necesite con urgencia sin autorización previa (PA).
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta sin demoras prolongadas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.
- Tiene derecho a tener acceso a una red de proveedores primarios y especializados que estén calificados y sean capaces de satisfacer sus necesidades con respecto al acceso físico, las necesidades de comunicación y programación, y que estén sujetos a una evaluación continua de la calidad clínica, incluidos los informes requeridos, así como acceso a una fuente continua de atención primaria.

- Tiene derecho a solicitar un cambio de navegador.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se indica lo que puede hacer si cree que no se le están proporcionando servicios o los medicamentos en un plazo razonable. También se menciona lo que puede hacer si le rechazamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

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

Su PHI incluye la información personal que usted nos proporcionó al momento de inscribirse en nuestro plan. También abarca sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos respecto de su información y de controlar la forma en que se utiliza su PHI. Le entregamos una notificación escrita en la que se le informa acerca de estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Usted tiene derecho a la privacidad y confidencialidad en todos los aspectos de la atención y para toda la información de atención médica, a menos que sea requerido por ley. Garantizamos que ninguna persona no autorizada revise o modifique sus registros.

A excepción de los casos que se describen a continuación, no le brindamos su PHI a ninguna persona que no le preste atención o que no pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos recibir su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

En ocasiones, no es necesario que solicitemos su permiso por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare su PHI, lo que incluye la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación u otros, lo hace conforme a las leyes federales. También debemos proporcionar a MassHealth (Medicaid) su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos con receta. MassHealth (Medicaid) puede usar o compartir su PHI para ciertos fines sin su permiso, como actividades para administrar el programa MassHealth (Medicaid) o pagar a sus

proveedores de atención médica por los servicios que usted recibe. También hay ocasiones en las que MassHealth (Medicaid) está obligado por ley a divulgar su información. MassHealth (Medicaid) no necesita su permiso para hacer esto.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si lo hace, trabajaremos con su proveedor de atención médica a fin de decidir si se deben realizar cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con terceros y cómo lo hacemos, con fines que no sean de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame a Servicios para los Inscritos.

Vigente a partir del 1 de febrero de 2026

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. **Revíselo cuidadosamente.**

Fallon Health y sus empleados están dedicados a mantener la privacidad de su información personal de salud (PHI), según lo requerido por las leyes federales y estatales aplicables. Estas leyes requieren que le proporcionemos este Aviso sobre prácticas de privacidad y que le informemos sus derechos y obligaciones en relación con la PHI, que es información que lo identifica y está relacionada con su afección física u otra afección de salud. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen a continuación mientras este aviso esté vigente.

A. Divulgaciones permitidas de PHI. Podríamos divulgar su PHI por los siguientes motivos:

1. **Tratamiento.** A un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento. Por ejemplo, podríamos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos o personal involucrado en la administración de su atención.
2. **Pago**. Para establecer los beneficios de elegibilidad del seguro para usted. También podríamos entregarles su PHI a nuestros socios comerciales, compañías de procesamiento de reclamaciones y terceros que procesen nuestras reclamaciones de atención médica.
3. **Operaciones de atención médica**. En relación con nuestras operaciones de atención médica. Entre estas, se incluyen actividades de evaluación de calidad, evaluación del desempeño de los proveedores y otras operaciones comerciales. No obstante, no utilizaremos ni divulgaremos su información genética para fines de inscripción.
4. **Tratamiento de emergencia**. Si requiere recibir tratamiento de emergencia o no puede comunicarse con nosotros.
5. **Familia y amigos**. A un familiar, amigo o cualquier otra persona que usted indique que participa en su atención, o el pago de esta, o un familiar adulto que esté en su póliza, a menos que usted se oponga.
6. **Requerido por ley**. Para propósitos de cumplimiento de la ley y según lo requerido por la ley estatal o federal. Por ejemplo, la ley podría obligarnos a denunciar casos de abuso, abandono o violencia doméstica.
7. **Procedimientos judiciales y administrativos.** En el curso de procedimientos judiciales o administrativos, incluidas las respuestas a las órdenes de un tribunal, citación como testigos u otras exigencias para procesos legítimos.

    i. Los registros de tratamiento por abuso de sustancias de ciertos programas no se pueden usar en su contra en la corte u otros entornos legales, a menos que usted dé permiso por escrito o que un juez lo ordene. Además, si un juez permite que se usen

los registros, debe haber una solicitud legal como una citación como testigos antes de que puedan compartirse.

8. **Amenaza grave a la salud o seguridad**. Si consideramos que es necesario a fin de evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a las del público.
9. **Salud pública**. A autoridades de salud públicas u otras autoridades que estén a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o que deban recopilar datos sobre la salud pública.
10. **Actividades de supervisión de la salud**. A una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades incluyen auditorías e investigaciones y procedimientos civiles, administrativas o penales.
11. **Investigación**. Para determinados fines de investigación, pero solo si existen protecciones y protocolos para garantizar la privacidad de su PHI.
12. **Compensación laboral**. Para cumplir con las leyes en relación con la compensación laboral u otros programas similares.
13. **Actividades gubernamentales especializadas**. Según lo requieran las autoridades del comando militar, ya sea que sea militar activo o veterano. También podríamos tener que divulgar la PHI a funcionarios federales autorizados a fin de realizar inteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
14. **Donación de órganos**. A organizaciones de obtención de órganos a fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos, si usted es donante de órganos, o no ha indicado que no desea ser donante.
15. **Forenses, médicos legistas, funerarias.** A forenses o médicos legistas a los fines de identificar una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, y a las funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.
16. **Difuntos.** A los oficiales del complimiento de la ley, en relación con su muerte, si tenemos motivos para creer que su muerte fue el resultado de una actividad criminal.
17. **Ayuda en casos de desastre.** A menos que usted se oponga, a una agencia gubernamental o entidad privada (tales como FEMA o Cruz Roja) que ayude en casos de desastre.

Tenga en cuenta que podemos limitar la cantidad de información que usamos o compartimos sobre usted para estos fines conforme a las leyes federales y estatales que puedan ser más restrictivas; por ejemplo, leyes estatales sobre registros de salud conductual o emocional y VIH/sida, y leyes federales sobre el tratamiento por trastorno por consumo de sustancias.

Debemos divulgar la PHI al Departamento de Salud y Servicios Humanos, de acuerdo con las medidas que podrían adoptar para investigar, monitorear y hacernos aplicar el cumplimiento con la HIPAA.

B. Divulgaciones que requieren autorización por escrito.

1) **No permitido de otra forma**. No podremos divulgar su PHI en ninguna otra situación que no esté descrita en la Sección A sin su autorización por escrito.

2) **Notas de psicoterapia**. Debemos recibir su autorización por escrito para divulgar las notas de psicoterapia, salvo para determinadas actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
3) **Comercialización y venta de la PHI**. Debemos recibir su autorización por escrito para todas las divulgaciones de PHI con fines de comercialización o para todas las divulgaciones que sean ventas de PHI.

C. Sus derechos. Usted tiene derecho a:

1) **Recibir una copia impresa de este aviso.** Recibir una copia impresa de este aviso tras solicitarla.
2) **Acceder a la PHI.** Inspeccionar y recibir una copia de su PHI durante el tiempo que nosotros conservemos su registro médico. Debe enviar una solicitud por escrito al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso. Es posible que le cobremos una tarifa razonable según el costo. En determinadas circunstancias, podríamos rechazar su solicitud de acceso a su PHI y usted podría solicitar que reconsideremos nuestro rechazo. Según cuál sea el motivo del rechazo, otro profesional de atención médica certificado elegido por nosotros podría revisar su solicitud y el rechazo.
3) **Derecho a solicitar restricciones.** Solicitar una restricción sobre la utilización o divulgación de su PHI con el propósito de operaciones de tratamiento, pago o atención médica, excepto en caso de una emergencia. También puede solicitar una restricción sobre la información que divulgamos a un familiar o amigo que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención. Sin embargo, no estamos legalmente obligados a aceptar esa restricción.
4) **Restringir la divulgación por servicios que usted pagó en su totalidad.** Restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si la PHI está relacionada con los servicios de atención médica por los que usted le pagó al proveedor de atención médica en su totalidad y de su bolsillo. Debe enviar una solicitud por escrito al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.
5) **Revocación.** Solicitar por escrito que se revoque cualquier autorización para divulgar información que haya firmado con anterioridad. Sin embargo, las divulgaciones realizadas mientras la autorización aún estaba vigente no pueden verse afectadas por esa revocación.
6) **Solicitar enmienda.** Solicitar que enmendemos su PHI si considera que es incorrecta o está incompleta, durante el tiempo que nosotros conservemos su registro médico. Podemos denegar su solicitud de enmienda si nosotros no creamos la PHI, si no se trata de información que mantenemos, si no es información que usted puede inspeccionar o copiar (como notas de psicoterapia), o si determinamos que la PHI es precisa y está completa.
7) **Rendición de cuentas de las divulgaciones.** Solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones de PHI que realizamos (que no sean las realizadas con fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica) durante los seis años anteriores a

la fecha de su solicitud. Debe enviar una solicitud por escrito, en la que especifique el período de dicha rendición, al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.

8) **Comunicaciones confidenciales.** Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI a través de determinados medios o en determinadas ubicaciones. Por ejemplo, podría especificar que lo llamemos solo a su número de teléfono particular y no a su número de teléfono laboral. Debe enviar una solicitud por escrito, en la que especifique cómo y dónde nos podemos comunicar con usted, al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.
9) **Aviso de filtración.** Usted tiene derecho a recibir una notificación si nosotros, o alguno de nuestros socios comerciales, tomamos conocimiento sobre una filtración de su PHI no asegurada.

D. Cambios al aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web si lo solicita, y le enviaremos una copia por correo en el próximo boletín anual para miembros.

E. Preguntas y reclamaciones. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto al uso, la divulgación o el acceso a su PHI, puede presentar una queja comunicándose con el oficial de privacidad a través de los medios que se indican al final de este aviso. También podría presentar una reclamación por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si la solicita, le proporcionaremos la dirección para que presente dicha reclamación.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna forma si usted elige presentarnos un reclamo o presentarlo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Dirija todas sus preguntas o reclamos a la siguiente dirección:

Fallon Health
Attention: Privacy Officer
1 Mercantile Street, Suite 400
Worcester, MA 01608

Teléfono: 1-800-868-5200 (TTY 711)
Fax: 1-508-831-1136
Correo electrónico: compliance@fallonhealth.org

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos. Tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones, normas y beneficios del plan, incluso mediante el uso de un intérprete calificado, si fuera necesario.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir a un intérprete, llame a Servicios para los Inscritos. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos brindarle información en letra grande, braille, audio y jemer, español o vietnamita. Hay otros idiomas disponibles de forma gratuita si lo pide.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios para los Inscritos:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, lo que incluye:
  - información financiera
  - cómo nos han calificado los miembros del plan
  - el número de apelaciones presentadas por los miembros
  - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluidas las siguientes:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
  - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos los siguientes:
  - 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
  - normas que usted debe cumplir para recibir 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*), lo que incluye solicitarnos que:
  - expresemos por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiemos una decisión que hayamos tomado
  - paguemos una factura que haya recibido
- Información acerca de cómo evaluamos la inclusión de la nueva tecnología como un beneficio cubierto

- Evaluamos la inclusión de nuevas tecnologías médicas y de la salud conductual, nuevas aplicaciones de tecnologías existentes y la revisión de casos especiales para incluirlos en la cobertura del plan de salud a través de nuestro Comité de Evaluación de Tecnología.
- El Comité de Evaluación de Tecnología incluye administradores médicos, médicos en ejercicio del área de servicio del plan y personal del plan que realizan extensas revisiones de las publicaciones respecto a la nueva tecnología propuesta. Esto incluye la revisión de información de agencias gubernamentales como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y evidencias científicas publicadas.
- Además, usamos organizaciones de investigación externas, que realizan revisiones de la documentación disponible sobre un procedimiento dado. Cuando es necesario, buscamos el aporte de especialistas o profesionales que tengan experiencia en las tecnologías propuestas.
- Para aquellas tecnologías que pueden significar mejores resultados para nuestros miembros sin aumentar de manera sustancial los riesgos del tratamiento, se desarrollan criterios de evaluación de la tecnología de acuerdo con el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA).
- Tenemos un proceso separado, pero similar, para evaluar los nuevos medicamentos, y nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos realiza las revisiones.

Tiene derecho a solicitar y obtener el *Manual del miembro* y a recibir un aviso de cualquier cambio significativo en la información proporcionada en el *Manual del miembro*, al menos, 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

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

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

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

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios médicos a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare 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 de beneficios de medicamentos o MA.
  - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para tomar decisiones sobre su atención médica.

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

Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a saber cuáles son todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a saber acerca de cualquier riesgo involucrado. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Buscar una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir "no".** Usted tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento con receta. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento con receta, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicitarnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor rechazó la atención.** Usted tiene derecho a que le brindemos una explicación si un proveedor le rechazó la atención que usted cree que debe recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que rechazamos o que, generalmente, no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.
- **El derecho a no sufrir ningún tipo de abuso, negligencia y explotación.** Las leyes federales y estatales protegen su salud y bienestar. Si cree que está viviendo una situación en la que es víctima de abuso, negligencia o explotación, intencional o no intencional, comuníquese con su administrador de atención, otro miembro de su equipo interdisciplinario de atención (ICT) o Servicios para los Inscritos al número que aparece en la parte inferior de la página. Si siente que se encuentra ante un caso de abuso, negligencia o explotación y es una emergencia, llame al 911.

- **Tiene derecho a permanecer libre de cualquier forma de aislamiento o encierro usados por el personal como medio de coerción, castigo, conveniencia o represalia.**

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por su cuenta

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, usted puede realizar lo siguiente:

- Completar por escrito un formulario que **le otorgue a alguien el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica por usted** si es que alguna vez no puede hacerlo por sí mismo.
- **Otorgarles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo, incluso la atención que **no** desea.

El documento legal que usted utiliza para dar instrucciones se denomina “instrucción anticipada”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Entre los ejemplos se incluyen el testamento vital y el poder de representación para la atención médica.

No está obligado a tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos para oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores 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 que un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su PCP, lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saberlo.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona a quien designe para que tome decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Es recomendable que les entregue copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si está hospitalizado y tiene una instrucción anticipada firmada, **lleve una copia al hospital**.
    - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones anticipada firmado y si lo llevó.

- Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios, y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Hacer que su instrucción anticipada se incluya en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.

Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada. Para obtener más información, llame a Servicios para los Inscritos.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede hacer una reclamación:

Contra un hospital:
Department of Public Health
Division of Health Care Facility
Licensure & Certification
Complaint Intake Unit
67 Forest St.
Marlborough, MA 01752
1-800-462-5540
Fax: 1-617-753-8165

Contra un médico particular:
Consumer Protection Coordinator
Board of Registration in Medicine
178 Albion St., Suite 330
Wakefield, MA 01880
1-781-876-8200 (TTY 711)
Fax: 1-781-876-8381

H. Su derecho a hacer reclamaciones y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se indica lo que puede hacer si tiene inconvenientes o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, que presentemos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o que hagamos una reclamación.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las reclamaciones que otros miembros del plan hayan presentado en nuestra contra. Llame a Servicios para los Inscritos para obtener esta información.

Tiene derecho a ejercer libremente sus derechos y a tener la seguridad de que el ejercicio de esos derechos no afectará negativamente la forma en que nosotros y nuestros proveedores o la agencia estatal lo tratamos.

H1. Cómo proceder ante el trato injusto u obtener más información sobre sus derechos

Usted tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, historial médico o de reclamos, discapacidad mental o física, información genética o fuente de pago. Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso.

Si considera que lo hemos tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos mencionados en el **Capítulo 11** de este *Manual del miembro*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al siguiente número:

- Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo).
- Programa SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas) al 1-800-243-4636 (TTY 1-800 439-2370). Para obtener más información sobre SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas), consulte la **Sección C** del **Capítulo 2**.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (línea gratuita), de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m.
    - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla.
    - Use el videoteléfono (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.
    - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman al info@myombudsman.org.

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo a resolver inquietudes o conflictos con su inscripción en Senior Care Options (SCO) o su acceso a los beneficios y servicios de SCO.

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 “Medicare Rights & Protections” [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 a.m. a 5 p.m. (TTY: 711).

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones respecto de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros. Para hacer recomendaciones, puede llamar a Servicios para los Inscritos.

I. Igualdad en salud conductual

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención médica administrada, incluidas NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP, brinden servicios de salud conductual a los miembros de MassHealth (Medicaid) de la misma manera que brindan los servicios de salud física. Esto es lo que se denomina “igualdad”. En términos generales, esto significa lo siguiente:

1) Nuestro plan debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud conductual y de trastorno por consumo de sustancias que pueda tener que para otros problemas físicos.

2) Nuestro plan debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento para los servicios de salud conductual y de trastorno por consumo de sustancias similares a los de los servicios de salud física.

3) Nuestro plan debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP con respecto a la autorización previa cuando usted o su proveedor lo soliciten.

4) Nuestro plan también debe proporcionarle, dentro de un plazo razonable, la razón de cualquier denegación de autorización de servicios de salud conductual o de trastorno por consumo de sustancias.

Si considera que nuestro plan no brinda paridad como se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros. Para obtener más información sobre las quejas y sobre cómo presentarlas, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

También puede presentar una queja ante MassHealth (Medicaid). Puede hacerlo si llama al Centro de Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Para obtener más información, consulte el Título 130 del CMR 450.117(J).

J. Sus obligaciones como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se mencionan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Inscritos.

- **Lea este *Manual del miembro*** para conocer qué cubre nuestro plan y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*. En estos capítulos, se indica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*.
- **Avísenos de cualquier otra cobertura para medicamentos o de salud** que tenga. Debemos garantizar que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para los Inscritos si tiene otra cobertura. Usted está excluido de la inscripción en nuestro plan si tiene acceso a otro seguro de salud, a excepción de Medicare, que cumple con el nivel de beneficios básicos, como se define en el 130 CMR 501.001.
- **Infórmeles a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica que le brinden la mejor atención.
  - Proporcióneles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acepten.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entienda la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y consultorios de otros proveedores.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de hacer los siguientes pagos:
    - Primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de NaviCare HMO SNP y NaviCare NHC HMO SNP, MassHealth (Medicaid) paga su prima de la Parte A de Medicare y su 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).
- **Avísenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para los Inscritos.
    - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual del miembro*, se informa sobre nuestra área de servicio.
    - Podemos ayudarlo a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de servicio.
    - Informe a Medicare y a MassHealth (Medicaid) su dirección nueva cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** descrito en el este *Manual del miembro* para encontrar los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).
    - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, de todas formas, debemos saberlo.** Tenemos que mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
    - **Si se muda, avísele al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**
- **Llame a Servicio para los Inscritos para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**
- **Aviso sobre las disposiciones de recuperación de patrimonio de MassHealth**
    - MassHealth está obligado por ley federal a recuperar dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tienen 55 años o más, o miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia o en otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué debe hacer si:

- Si tiene un problema o una reclamación sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan indicó que no pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión que tomó nuestro plan sobre su atención.
- Si piensa que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo se encuentra en diferentes secciones para que encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para que encuentre fácilmente información sobre lo que debe hacer con respecto a su problema o inquietud.

Si tiene algún 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 personalizado (ICP). **Si tiene algún problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o el videoteléfono [VP] al 339-224-6831).** En este capítulo, se explican las opciones que tiene para diferentes problemas y reclamaciones, pero también puede llamar a My Ombudsman para que le ayude con su situación. Para obtener recursos adicionales para resolver sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte la **Sección I** del **Capítulo 2** para obtener más información sobre My Ombudsman.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 209
A1. Sobre los términos legales 209

B. Dónde obtener ayuda 209
B1. Para obtener más información y ayuda 209

C. Comprensión de las reclamaciones y apelaciones a Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan 211

D. Problemas con sus beneficios 211

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 212
E1. Decisiones de cobertura 212
E2. Apelaciones 212
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones 213
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo? 214

F. Atención médica 215
F1. Cómo usar esta sección 215
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 216
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 219
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 222
F5. Problemas con pagos 227

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 228
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare 228
G2. Excepciones a la Parte D de Medicare 230
G3. Cuestiones importantes que debe saber sobre la solicitud de una excepción 231
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 231
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 234
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 236

H. Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada 238
H1. Información sobre sus derechos relacionados con Medicare 238
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 239
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 241

I. Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 242
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura 242
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 242
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 244

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 245

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 245
J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid) 246
J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 246

K. Cómo presentar una reclamación 248
K1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser las reclamaciones? 248
K2. Reclamaciones internas 249
K3. Reclamaciones externas 251

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

En este capítulo, se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones,** y otro para **hacer reclamaciones** (también llamadas quejas).

Para garantizar la imparcialidad y la prontitud, cada procedimiento tiene un conjunto de normas, procesos y plazos límite que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Sobre los términos legales

En este capítulo, se establecen términos legales para algunas normas y plazos límite. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Hacer una reclamación” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede servirle para comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Sobre todo, si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesite para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-877-700-6996 (TTY: 711) para resolver un problema o responder preguntas.

Ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

Puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). Los asesores de SHINE pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con respecto a su problema. SHINE no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. SHINE tiene asesores capacitados en todos los condados y los 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 del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, se describen 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 al Servicio al cliente de MassHealth directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla): 711.

Ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con Senior Care Options (SCO). Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier problema con su plan SCO. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. La información sobre My Ombudsman también puede encontrarse en la **Sección I del Capítulo 2.** El personal de My Ombudsman:

- Puede responder a sus preguntas o remitirlo al lugar correcto para que encuentre lo que necesita.
- Puede ayudarle a resolver un problema o una inquietud con SCO o su plan SCO, NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted acerca de cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Puede llamar, enviar un correo electrónico, escribir o visitar a My Ombudsman en su oficina.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla deben usar MassRelay al 711 y 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 comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y los horarios de atención.
- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.

C. Comprensión de las reclamaciones y apelaciones a 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). Esto a veces se llama “proceso integrado”, porque combina, o integra, el proceso de Medicare y el proceso de MassHealth (Medicaid).
A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de MassHealth (Medicaid). En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El siguiente cuadro lo ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamaciones.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura? Esto incluye los problemas sobre si la atención médica en particular (artículos, servicios médicos o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	**No.** Mi problema no se relaciona con los beneficios ni con la cobertura. Consulte la **Sección K**, “Cómo hacer una reclamación”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

La decisión de cobertura y los procesos de apelación le ayudan a resolver problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, por lo general, nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos médicos de la Parte B como **atención médica.** Utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para resolver cuestiones sobre la cobertura de algo y la manera en que está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso estándar de rechazo para este especialista médico o que el servicio remitido nunca esté cubierto en ninguna circunstancia (consulte la **Sección H** del **Capítulo 4** del Manual del miembro).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si nos negamos a brindarle la atención médica que usted crea que necesite. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare o MassHealth (Medicaid). Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar si seguimos todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, analizarán su apelación.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, **Secciones F2 y F3**, puede

solicitar una “apelación rápida”, acelerada o “decisión rápida de cobertura” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de una atención médica de Medicare, en la carta, se le explicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de MassHealth (Medicaid), en la carta, se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- **Servicios para los Inscritos** en los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Llame a su navegador a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Llame, envíe un correo electrónico, escriba o visite **My Ombudsman**.
    - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla deben usar MassRelay al 711 y llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831.
    - Correo electrónico 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 comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y los horarios de atención.
- El **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono del programa SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).
- **Su médico o proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.

- **Un amigo o familiar**. Usted puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante", para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede llamar a su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.

Complete el Formulario de designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a alguien el permiso para actuar en su nombre.

Llame a Servicios para los Inscritos a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicite el "Formulario de designación de representante". También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare. **Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos límite diferentes. Damos detalles para cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare"
- **Sección H**, "Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital más prolongada"
- **Sección I**, "Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos". (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para los Inscritos al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos su atención

En esta sección, se describen sus beneficios de atención médica según se describe en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, es posible que se apliquen normas distintas a los medicamentos de la Parte B de Medicare. Cuando esto ocurre, explicamos cómo las normas que se aplican a los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las normas que se aplican a los artículos y servicios médicos.

F1. Cómo usar esta sección

En esta sección, se indica lo que puede hacer en cualquiera de estas cinco situaciones:

1. Si cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no está recibiendo.

   Qué puede hacer: nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que debemos hacerlo.

   Qué puede hacer: usted puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió atención médica que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

   Qué puede hacer: usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió atención médica que pensaba que cubríamos y la pagó, y desea que se la reembolsemos.

   Qué puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura de cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

   Qué puede hacer: usted puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Comuníquese a
   Sección F4.

   - Si la cobertura es para cuidado hospitalario, Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.

- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de la cobertura de cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación integrada de la organización**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura por los siguientes medios:

- Por teléfono: 1-877-700-6996, TTY: 711.
- Por fax: 1-508-368-9700 para decisiones de cobertura regulares o 1-508-368-9133 para decisiones “rápidas” de cobertura.
- Por escrito:
  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

Decisión estándar de cobertura

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos límite “estándares”, a menos que aceptemos usar los plazos límite “rápidos”. Una decisión estándar de cobertura implica que le demos una respuesta dentro de lo siguiente:

- **Siete días calendario** después de que recibamos su solicitud **para un servicio o artículo médico sujeto a nuestras normas de autorización previa**.
- **Siete días calendario** después de que recibamos su solicitud **para todos los otros servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **Si solicita un medicamento de la Parte B de Medicare, no podremos demorarnos más días.**

Si considera que **no debemos** tomarnos días adicionales, puede presentar una "reclamación rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si hace una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. El proceso para hacer una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, lo que incluye una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida de cobertura

> El término legal para decisión rápida de cobertura es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y, por cuestiones de salud, necesite una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de lo siguiente:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para un artículo o servicio médico**.
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no debemos** tomarnos días adicionales para decidir sobre la cobertura, puede hacer una "reclamación rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, lo que incluye una reclamación rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

- Solicita cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura sobre el pago de artículos o servicios que ya tiene.
- Usar los plazos límite estándares **podría poner su salud en grave peligro** o dañar su capacidad funcional.

Le concedemos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos indica que usted lo necesita por cuestiones de salud. Si solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si concederle una decisión rápida de cobertura.

- En caso de que decidamos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación y utilizaremos, en cambio, los plazos límite estándares. En la carta, se le indica lo siguiente:
  - Automáticamente le damos una decisión rápida de cobertura si su médico lo solicita.
  - Cómo puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de ofrecerle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, lo que incluye una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta para explicar los motivos.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted 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 modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En ciertas circunstancias, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Estos son ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si una persona realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizada para hacerlo.
  O bien
- Si solicita que se revoque su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso donde le explicaremos el motivo y cómo debe solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Llámenos al 1-877-700-6996 (TTY 711).

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o el videoteléfono [VP] al 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 por teléfono al 1-877-700-6996 (TTY 711).

- Si su médico o persona autorizada a dar recetas solicita continuar con un servicio o artículo que usted ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como su representante para que actúen en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un Formulario de designación de representante en el que autorice a esta persona a representarlo. Para conseguir el formulario, ingrese en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o visite nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes del plazo límite para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimamos su solicitud. Y
  - Le enviamos un aviso por escrito en el que se explica su derecho a solicitar que la IRO revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviemos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence este plazo límite y tiene un buen motivo para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Un buen motivo es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre el plazo límite. Explique el motivo de la demora al presentar su apelación.
- Usted 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 es por cuestiones de salud, solicítenos una apelación rápida.

> El término legal para "apelación rápida" es **"reconsideración acelerada"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica, usted o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Le concedemos automáticamente una apelación rápida si su médico nos indica que usted lo necesita por cuestiones de salud. Si solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si concederle una apelación.

- En caso de que decidamos que su salud no reúne los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta con nuestra explicación y utilizaremos, en cambio, los plazos límite estándares. En la carta, se le indica lo siguiente:
  - Le concedemos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.
  - Cómo puede presentar una "reclamación rápida" sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una reclamación, lo que incluye una reclamación rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviamos un aviso antes de que procedamos con la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los diez días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la medida, lo que sea más tarde.
  - Si cumple con este plazo límite, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras la apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo por el que realiza la apelación) sin cambios.
  - Si no presenta la apelación antes de estas fechas, el servicio o artículo no continuará vigente mientras espera la decisión de su apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si respetamos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.

- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos límite para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos límite rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si lo necesita por cuestiones de salud. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, al profesional que receta o a un representante una confirmación verbal de la denegación.

- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.

    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.

    - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.

    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al finalizar los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le hablamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), usted mismo puede solicitar una audiencia imparcial de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el plazo.

- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas desde que recibimos su apelación.

- **Si rechazamos total o parcialmente su solicitud,** enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Existen plazos límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos límite estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.

- Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le damos una respuesta **dentro de los siete días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si lo necesita por cuestiones de salud.

- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
    - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
    - Si considera que **no debemos** tomarnos días adicionales, puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión. Si presenta una reclamación rápida, le damos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer reclamaciones, lo que incluye las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección K.**
    - Si no le damos una respuesta antes del plazo límite o al finalizar los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le hablamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), usted mismo puede solicitar una audiencia imparcial de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el plazo.

Si aceptamos total o parcialmente su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los siete días calendario** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, **usted tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si **rechazamos** total o parcialmente lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta, se le indica que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), en la carta, se le indica cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** total o parcialmente su apelación en el Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le indica si Medicare, MassHealth (Medicaid) o ambos programas, generalmente, cubren el servicio o el artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare, generalmente, cubre, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid), generalmente, cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. En la carta, se le indica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo, **Sección F4**.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como MassHealth (Medicaid)** pueden cubrir, automáticamente recibe una apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reunía los requisitos para continuar recibiendo los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento por los que presentó la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener más información acerca de la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, generalmente, solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la IRO.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, generalmente, solo cubre MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los diez días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es con 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**, en ocasiones, denominada **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.

- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a obtener una copia gratuita de su expediente del caso.

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concede una apelación rápida en el Nivel 2

- Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales**. Si solicita un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concede una apelación estándar en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si solicita un artículo o servicio médico, la IRO debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales**. Si solicita un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

La IRO le da su respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la IRO acepta total o parcialmente la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas. O bien**
  - Prestar el servicio **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la IRO sobre las **solicitudes estándar. O bien**
  - Prestar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes aceleradas**.

- **Si la IRO acepta total o parcialmente la solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
    - **dentro de las 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO sobre las **solicitudes estándar o**
    - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza total o parcialmente su apelación,** significa que ella está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
    - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
    - Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, por un total de cinco niveles.
    - Si su apelación de Nivel 2 se rechaza y reúne los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
    - Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado mediador se ocupa de las apelaciones 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), generalmente, cubre o que está cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid)

Una apelación de Nivel 2 para los servicios que MassHealth (Medicaid), generalmente, cubre es una audiencia imparcial ante el estado. En MassHealth (Medicaid), una audiencia imparcial se denomina apelación administrativa, y la realiza el Consejo de Audiencias (BOH). Usted debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviemos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta que le enviamos, se le indica dónde debe presentar su solicitud de audiencia imparcial.

Si recibió un rechazo de apelación de Nivel 1 relacionado con un servicio o artículo que, generalmente, está cubierto por MassHealth Standard, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Cómo apelar: Puede presentar una apelación de cualquiera de las siguientes maneras.

- Completar el formulario de solicitud de audiencia y enviarlo con una copia de la notificación que está apelando a la siguiente dirección:

  The Board of Hearings
  Office of Medicaid
  100 Hancock Street, 6th floor
  Quincy, MA 02171

- Enviar los materiales por fax o fax de forma digital al Consejo de Audiencias al 1-617-887-8797
- Si llama al Centro de Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, TDD/TTY: 711 para completar su solicitud de una audiencia imparcial por teléfono
- Envíe los materiales por correo electrónico al Consejo de Audiencias al boh-fairhearingsrequest@mass.gov.

La oficina de audiencias imparciales le informa su decisión por escrito y explica los motivos.

- Si la oficina de audiencias imparciales **acepta** total o parcialmente la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su decisión.
- Si la oficina de audiencias imparciales **rechaza** total o parcialmente su apelación, significa que ella está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su 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 adicionales de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a una **IRO**, usted puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. Un ALJ o un abogado mediador se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. **En la carta que recibe de la IRO, se le explican los derechos adicionales de apelación que puede tener.**

En la carta que recibe de la oficina de audiencias imparciales, se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas con pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobre por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la factura a su cargo. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las normas para obtener servicios o artículos.

Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para obtener más información. Describe situaciones en las que puede que necesite solicitarnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el 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 usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto, y si respetó todas las normas, le enviaremos el pago del servicio o artículo, normalmente, dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún pagó el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o usted no respetó todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

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 que le reembolsemos el dinero, debemos darle una respuesta dentro de los 30 días calendario después de que recibamos su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa**, y **Medicare**, generalmente, cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Si esto sucede, le enviaremos una carta.

- Si la IRO revierte nuestra decisión e indica que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **positiva** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario.

- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que ella está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede 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), generalmente, cubre el servicio o artículo, usted puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que MassHealth (Medicaid) puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, haremos alusión a “medicamento” en lugar repetir “medicamento de la Parte D de Medicare”. Para los medicamentos cubiertos solamente por MassHealth (Medicaid), siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto quiere decir que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

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

Estos son 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:
    - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no se encuentre en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o
    - dejar sin efecto una restricción en la cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede recibir)

- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirla)

NOTA: Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explique cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina una **"determinación de cobertura"**.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla para guiarse.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o necesita que dejemos sin efecto una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y que pagó.	Le indicamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted lo desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede solicitarnos que tomemos 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 una decisión).
Comience con la **Sección G2**, luego, consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones a la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

> Solicitar la cobertura de un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento, a veces, se denomina solicitar una **“excepción al formulario”.**

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos.

1. **Cubrir un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos***
   - Podemos acordar hacer una excepción y cubrir un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos.*
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.**
   - Se aplican normas 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 normas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen lo que sigue:
     - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del de marca.
     - Que se obtenga nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento. Esto suele denominarse “autorización previa” (PA).
     - Que se exija probar un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicite. Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”.
     - Límites de cantidades. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

G3. Cuestiones importantes que debe saber sobre la solicitud de una excepción

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe proporcionarnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

En nuestra *Lista de medicamentos*, a menudo, se incluyen más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente, **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción, generalmente, dura hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Llame a OptumRx al 1-844-657-0494 o escriba a OptumRx o envíenos un fax al 1-844-403-1028 a nosotros para conocer el tipo de decisión de cobertura que desea. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (o la persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitar que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otra persona autorizada a recetas para la solicitud de excepción.

- Su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o correo postal. También pueden informárnoslo por teléfono y, luego, enviarnos la declaración por fax o correo postal.

- Tiene la opción de completar y enviar el Formulario de solicitud de determinación sobre la cobertura en línea ingresando a fallonhealth.org/navicare, haciendo clic en “Plan documents and forms” (Documentos y formularios del plan), ubicando la sección “Request for Medicare prescription drug coverage determination form” (Solicitud de formulario de determinación sobre la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) y seleccionando “our online version of this form” (nuestra versión en línea de este formulario). Complete todos los campos obligatorios y, luego, haga clic en “Submit” (Enviar).

Si lo necesita por cuestiones de salud, solicítenos una “decisión rápida de cobertura”.

Usamos los “plazos límite estándares” a menos que aceptemos usar los “plazos límite rápidos”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

> Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puede obtener una decisión rápida de cobertura en los siguientes casos:

- Si es para un medicamento que no recibió. Si no puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

- Si su salud o su capacidad funcional se verían gravemente perjudicadas si usáramos los plazos estándares.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos informa que, por cuestiones de salud, usted necesita una decisión rápida de cobertura, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviamos una carta para avisárselo.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usamos los plazos límite estándar.

- Le enviamos una carta para avisárselo. En la carta, también se le indica cómo presentar una reclamación sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una reclamación rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer reclamaciones, lo que incluye las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos límite para una decisión rápida de cobertura

- Si usamos los plazos límite rápidos, debemos darle una respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le damos una respuesta antes de ese lapso si lo necesita por cuestiones de salud.

- Si no cumplimos con este plazo límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.

- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.

- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también, se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos límite para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos límite estándares, debemos darle una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le damos una respuesta antes de ese lapso si lo necesita por cuestiones de salud.

- Si no cumplimos con este plazo límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.

- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.

- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se le indica cómo presentar una apelación.

Plazos límite para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, le reembolsaremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

> Una apelación ante nuestro plan respecto de una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Inicie su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-877-700-6996 (TTY 711) para una apelación estándar, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviemos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence este plazo límite y tiene un buen motivo para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Un buen motivo es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre el plazo límite. Explique el motivo de la demora al presentar su apelación.
- Usted 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 es por cuestiones de salud, solicítenos una apelación rápida.

> Una apelación rápida también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y examinamos detenidamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura.
- Verificamos si respetamos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si usamos los plazos límite rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de que recibamos su apelación.
    - Le damos una respuesta antes de ese lapso si lo necesita por cuestiones de salud.
    - 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 apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud,** debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas desde que recibimos su apelación.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviamos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos límite para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si usamos los plazos límites estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los siete días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le informaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y lo necesita por su afección. Si cree que lo necesita por cuestiones de salud, solicite una apelación rápida.
    - Si no le brindamos una decisión dentro de los siete 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 apelación de Nivel 2.

Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos brindar tan pronto como lo necesite por cuestiones de salud, pero **a más tardar siete días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en los 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud:

- Le enviamos una carta para explicarle los motivos y cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre el reembolso por un medicamento que compró **en los 14 días calendario** posteriores de la recepción de la apelación.
    - Si no le brindamos una decisión dentro de los 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 apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviamos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo 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, utilice el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **"Entidad de Revisión Independiente"**, a veces denominada **“IRE”.**

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. En las instrucciones, se menciona quién puede presentar la apelación de Nivel 2, los plazos límite que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. A esta información se la denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a obtener una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional 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 límite para una apelación rápida en el Nivel 2

Si lo necesita por cuestiones de salud, solicítele una apelación rápida a la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** total o parcialmente su solicitud, debemos proporcionar la cobertura para medicamentos aprobada **en las 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos límite 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 siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- **En un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el pago de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** total o parcialmente su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura para medicamentos aprobada **en las 72 horas** después de que recibimos la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que haya comprado dentro de los 30 días calendario después de que recibamos 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 denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicite se ajusta a un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicite es menor que el mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le indica 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 puede elegir si desea continuar con la apelación.

- Existen 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 los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
    - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.

- Consulta la carta que la IRO le envió 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 ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de 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 estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que se vaya del hospital. También ayudan a coordinar la atención que usted pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si considera que le están pidiendo que se vaya del hospital demasiado pronto o si le preocupa su atención después de que se vaya del hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

H1. Información sobre sus derechos relacionados con Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, una persona del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito denominada “An Important Message from Medicare about Your Rights” (“Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicíteselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Inscritos a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. En el aviso, se le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital, incluidos sus derechos a lo siguiente:
  - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en el hospital y después de esta. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

  - Formar parte de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
  - Saber dónde informar inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - Apelar si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para indicar que lo recibió y que entiende sus derechos.
  - Usted o la persona que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
  - Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información sobre de sus derechos. La firma **no** implica que esté de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga la información en caso de necesitarla.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que se vaya del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede ver una copia del aviso por adelantado si:

- Llama a Servicios para los Inscritos a los números en la parte inferior de la página.
- Llame 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. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha prevista para el alta es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal paga. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Massachusetts, la QIO es Acentra. Llámelos al 1-888-319-8452 (TTY 711). La información de contacto también se encuentra en el aviso “An Important Message from Medicare about Your Rights” (“Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”) y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de irse del hospital y a más tardar en la fecha prevista para el alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha prevista para el alta sin pagar 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 prevista para el alta, puede pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llama a Servicios para los Inscritos a los números en la parte inferior de la página.
- Llame a SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas)

Pida una revisión rápida. Actúe rápido y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida del alta hospitalaria.

> El término legal para **"revisión rápida"** es **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha prevista para el alta. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores leen su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Antes del mediodía del día posterior al día en que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con su fecha prevista para el alta. En la carta, también se indican los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta que es médicamente apropiada para usted.

> El término legal para esta explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea, en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la QIO le da una respuesta sobre su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le prestaremos servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados siempre que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que la fecha prevista para el alta es médicamente adecuada.
- La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día después de que la QIO le dé una respuesta sobre su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la QIO le dé una respuesta sobre 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 planificada para el alta.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, solicite a la QIO que reconsidere la decisión que tomó respecto de su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452 (TTY 711).

Debe solicitar esta revisión **en los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO haya **rechazado** su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información vinculada con su apelación.
- Le comunicarán la decisión sobre su apelación de Nivel 2 en dentro de los 14 días calendario a partir del momento en que se recibe su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO haya rechazado su apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados siempre que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión de apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

En esta sección, solo se explican tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica a domicilio,
- atención de enfermería especializada brindada en un centro de enfermería especializada **y**
- atención de rehabilitación como paciente externo en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación compleja.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante el tiempo en que el médico indique que usted los necesite.

Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle **antes** de que estos finalicen. Cuando finaliza la cobertura de ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si piensa que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá, al menos, dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso, se le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmar la notificación
solo constata que obtuvo la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si piensa que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa del proceso de apelación de Nivel 1 y qué debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Entienda y respete los plazos límite que se apliquen a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos límite. Si cree que no cumplimos con los plazos límite, puede presentar una reclamación. Consulte **la Sección K** para obtener más información sobre las reclamaciones.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llama a Servicios para los Inscritos a los números en la parte inferior de la página.
  - Llame a SHINE (Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas)

- **Comuníquese 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 comunicarse con ellos.
  - Solicíteles que revisen su apelación y decidan si modifican la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una "apelación de vía rápida".** Pregúntele a la QIO si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar la apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el "Aviso de no cobertura de Medicare" que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior 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 de vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores leen su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se le explican los motivos de la finalización de la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para el aviso de explicación es **"Explicación detallada de no cobertura".**

- Los revisores le comunican su decisión en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le prestaremos servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. Si la QIO **rechaza** su apelación:
- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar los costos de esta atención en la fecha mencionada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de 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. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, solicite a la QIO que reconsidere la decisión que tomó respecto de su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452 (TTY 711).

Debe solicitar esta revisión **en los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO haya **rechazado** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información vinculada con su apelación.
- Le comunicarán la decisión sobre su apelación de Nivel 2 en dentro de los 14 días calendario a partir del momento en que se recibe su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría.
- Brindaremos cobertura para la atención mientras sea médicamente necesaria. Si la QIO

rechaza su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir su atención y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo 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 por servicios o artículos de Medicare, y ambas se rechazaron, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare por el que apeló no alcanza cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la IRO por su apelación de Nivel 2, se menciona con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez administrativo (ALJ) o el abogado mediador **aceptan** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado mediador.
    - Si el juez o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya quedado concluido.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya quedado concluido.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que continúe al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal del Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) suele cubrir. En la carta que le envía la oficina de audiencias imparciales, se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones. Puede pedirle al estado de Massachusetts una apelación de Nivel 2, llamada audiencia imparcial. Una agencia de audiencia imparcial no vinculada a nuestro plan revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación. Para presentar una apelación de Nivel 2, complete el formulario de solicitud de audiencia imparcial adjunto recibido en la carta que le enviamos. Si solicita una audiencia imparcial, debe enviar su solicitud de audiencia al Consejo de Salud (BOH) en un plazo máximo de 120 días calendario a partir de la fecha de esta carta. Si decide presentar una apelación después de 120 días, el BOH decidirá si considera o no su solicitud.

J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede serle adecuada si realizó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor del medicamento sobre el que haya apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con el 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 queda concluido.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el juez o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya quedado concluido.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación queda concluido.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya quedado concluido.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que continúe al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal del Distrito.

K. Cómo presentar una reclamación

K1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser las reclamaciones?

El proceso de reclamación se utiliza para determinados tipos de problemas únicamente, como los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamaciones.

Reclamación	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Si piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto. • Nuestro personal lo trató mal. • Piensa que lo están sacando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• Usted no puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted hable (como el lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesite y solicite.
Tiempos de espera	• Si tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para los

Reclamación	Ejemplo
	Inscritos u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	• Si piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	• Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Si piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Oportunidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	• Si cree que no cumplimos con los plazos límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Si piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o una apelación a su favor, no cumplimos con los plazos límite para aprobar, prestarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Usted cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Existen diferentes tipos de reclamaciones. Puede presentar una reclamación interna o una reclamación externa. Nuestro plan presenta una reclamación interna y la revisa. Una organización no afiliada a nuestro plan presenta una reclamación externa y la revisa. Si necesita ayuda para presentar una reclamación interna o externa, puede llamar al 1-877-700-6996 (TTY 711).

> El término legal para una “reclamación” es **“queja”.**
> El término legal para “hacer una reclamación” es **“presentar una queja”.**

K2. Reclamaciones internas

Para hacer una reclamación interna, llame a Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711). Usted puede presentar la reclamación en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la reclamación es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores al momento en que tuvo el problema por el cual quiere reclamar.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para los Inscritos se lo informará.

- También puede redactar su reclamación y enviárnosla. Si presenta su reclamación por escrito, le responderemos por escrito.
- Si desea utilizar el procedimiento de reclamo, usted puede presentar su queja de manera oral o escrita. Envíe su queja por escrito a Fallon Health Member Appeals and Grievances, 1 Mercantile St., Suite 400, Worcester, MA 01608. Para reclamos verbales, puede comunicarse con Servicios para los Inscritos al 1-877-700-6996 (TTY 711) o comunicarse directamente con el Departamento de Apelaciones y Quejas para Miembros de Fallon Health al 1-800-325-5669 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo), y pedir que se presente una queja por usted. Las solicitudes de quejas “aceleradas” (“rápidas”) se pueden realizar y procesar durante las 24 horas, los siete días de la semana, si deja un mensaje de voz en este número. También puede enviar su solicitud de queja por fax al 1-508-755-7393. Si no aceptamos su solicitud de una determinación o redeterminación acelerada, puede presentar una queja acelerada (“rápida”). Responderemos a una queja (“rápida”) en un plazo de 24 horas. Debemos atender su queja con la rapidez que requiera su caso sobre la base de su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días desde la recepción de su reclamación. Podemos ampliar el plazo en hasta 14 días si solicita una ampliación, o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene.
- Si está denunciando sospechas de fraude, despilfarro o abuso, puede denunciar esas actividades por teléfono. Nuestro número de teléfono de Servicios para los Inscritos es 1-877-700-6996 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo), llamando a la línea directa de cumplimiento del plan al 1-888-203-5295 o enviando un correo electrónico a InternalAudit-FWAInquiries@fallonhealth.org. No tomaremos represalias contra nadie que haga un informe de buena fe sobre un posible fraude u otros actos ilícitos.

> **El término legal** para “reclamación rápida” es **“queja acelerada”.**

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una reclamación, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si, por su afección, necesita que le contestemos rápidamente, lo haremos.

- Resolvemos la mayoría de las reclamaciones dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos una actualización del estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una reclamación porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le

concederemos una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.

- Si presenta una reclamación porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o presentar una apelación, automáticamente le concederemos una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con su reclamación, ya sea de forma total o parcial, se lo informaremos y le explicaremos los motivos. Respondemos si estamos de acuerdo con la reclamación o no.

K3. Reclamaciones externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su reclamación o enviarla a Medicare. El formulario de reclamaciones de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una reclamación ante NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP antes de presentarla ante Medicare.

Medicare se toma en serio sus reclamaciones y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún comentario o inquietud, o si siente que el plan médico no se está ocupando de 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 gratuita.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Usted puede presentar una reclamación ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una reclamación sobre el acceso para discapacitados o la asistencia en otros idiomas. 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 comunicarse con la OCR de su localidad:

U.S. Department of Health and Human Services Government Center
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875
Boston, MA 02203
Teléfono: 1-800-368-1019 Fax: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener ayuda llamando al 1-855-781-9898 (o usando MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o el videoteléfono [VP] al 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

QIO

Si su reclamación es acerca de la calidad de la atención médica, usted tiene dos opciones:

- Puede presentar su reclamación sobre la calidad de la atención médica directamente ante la QIO.
- Puede presentar su reclamación ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una reclamación ante la QIO, trabajaremos con ellos para resolverlo.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda 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. El número de teléfono de Acentra es 1-888-319-8452 (TTY 711).

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de abandonar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá inscrito en los programas Medicare y MassHealth (Medicaid) mientras 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 finalizar su membresía en nuestro plan 254

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 255

C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado 255

C1. Sus servicios de Medicare 256

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid) 259

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 260

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 261

F. Normas que prohíben solicitarle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud 263

G. Su derecho a hacer una reclamación si finalizamos su membresía en nuestro plan 263

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan 263

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

Debido a que tiene Medicare y Medicaid (MassHealth), puede dejar nuestro plan si se inscribe en otro plan que cubre todos sus beneficios, llamado Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP). Puede inscribirse en otro plan D-SNP en cualquier momento del año.

Cuando se inscriba en otro D-SNP, finalizará su membresía en nuestro plan de forma automática. No es necesario que llame para cancelar la inscripción.

Si desea cambiarse a otro tipo de cobertura, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante las siguientes fechas del año:

- El **período de inscripción abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este periodo, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre, y su membresía en el plan nuevo comienza el 1 de enero.
- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA),** que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en el que tengan derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tengan derecho. Si elige un plan nuevo durante este periodo, su membresía en el plan nuevo comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se haya mudado fuera del área de servicio.
- su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o la Ayuda Adicional haya cambiado, **o**
- Si se mudó recientemente, actualmente está recibiendo atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finaliza el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- 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 finalizar su membresía llamando al siguiente número:

- Servicios para los Inscritos al número que aparece en la parte inferior de esta página. También aparece el número para los usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), SHINE, al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

NOTA: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede hacerlo al inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Inscritos a los números que aparecen al final de esta página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) 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. Para obtener más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan, consulte la tabla en la página 252 y 255.
- La **Sección C**, a continuación, incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que se mencionan a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se menciona a continuación durante determinados momentos 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**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a lo siguiente:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan, también conocido como el plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) integrado o el plan del Programa de Atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (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 plan D-SNP integrado. Si tiene preguntas sobre el Programa de Atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE (Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de SHINE en su área, visite www.mass.gov/health-insurance-counseling. **O bien** Inscríbase directamente en un nuevo D-SNP integrado. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiar a lo siguiente: **Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado**	**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 por separado. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE (Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de SHINE en su área, visite www.mass.gov/health-insurance-counseling. **O bien** Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiar a lo siguiente: **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar la inscripción.** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura para medicamentos si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al programa SHINE al 1-800-243-4636 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del programa SHINE en su área, visite www.mass.gov/health-insurance-counseling.	**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 (Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.

4. Puede cambiar a lo siguiente: **Cualquier plan médico de Medicare** durante ciertos momentos 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. Si tiene preguntas sobre el Programa de Atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa SHINE (Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. **O bien** Inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Algunas personas que deciden no inscribirse en un plan Senior Care Options (SCO) pueden inscribirse en un tipo diferente de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si usted es mayor de 55 años, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de Atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE) (se aplican criterios adicionales). El programa PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de enfermería.

Para obtener más información sobre los planes PACE y si puede inscribirse en uno, llame al Programa SHINE (Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Siga obteniendo sus 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, puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía e inicie la nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este período, continuará recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que inicie su nuevo plan.

- Acuda a nuestros proveedores de la red para recibir atención.
- Acuda a las farmacias de nuestra red, lo que incluye mediante nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para obtener sus medicamentos con receta.
- Si lo hospitalizan el día en que finalice su membresía en NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica inicia 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 finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no califica para MassHealth (Medicaid) y su período de consideración ha finalizado. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Continuaremos su membresía durante el resto del mes en el que recibamos la notificación de MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, más un mes calendario adicional. Si recupera su cobertura de MassHealth Standard durante este período, no cancelaremos su membresía.
- Si se inscribe en un programa de Exención de servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) de MassHealth, excepto la exención para personas mayores frágiles.
- Si proporciona información fraudulenta en un formulario de inscripción para su tarjeta de identificación del miembro, o si intencionalmente hace un uso indebido o permite que otra persona haga un uso indebido de ella.
- Si elige otro plan médico de Medicare con cobertura para medicamentos con receta o sin ella.
- Si está inscrito en el Programa de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE).
- Si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en un plan de la Parte D de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se muda a un centro de atención intermedia administrado por el Departamento de Servicios del Desarrollo de Massachusetts.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los Inscritos para saber si el lugar a donde se mudará o viajará está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.

- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos. Como se menciona en el **Capítulo 1**, usted está excluido de la inscripción en nuestro plan si tiene acceso a otro seguro de salud, a excepción de Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, como se define en el CMR 130 501.001.

- Si tiene o recibe otro seguro integral para medicamentos o atención médica.

- Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o es un no ciudadano elegible.

    - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible para ser miembro de nuestro plan.

    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro conforme a este criterio.

    - Si no cumple con este requisito, debemos cancelar su inscripción.

Si usted pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero se espera que la recupere dentro de los 30 días, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) dentro de los 30 días, cancelaremos la inscripción en NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de la cancelación de la inscripción, deberá comunicarse con nosotros para inscribirse nuevamente en el plan.

Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos solo si, primero, obtenemos una autorización de Medicare y MassHealth (Medicaid):

- Si nos da intencionalmente información errónea cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.

- Si permite que un tercero use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al inspector general que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

F. Normas que prohíben solicitarle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud. Si cree que le pedimos que abandone nuestro plan por motivos de 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 hacer una reclamación si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo hacer una reclamación.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre la finalización de su membresía, puede llamar a los números de Servicios para los Inscritos que se encuentra al final de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo, se incluyen avisos 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. Aviso sobre leyes 265

B. Aviso de no discriminación 265

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso 265

A. Aviso sobre leyes

Se aplican muchas leyes a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y obligaciones, aunque no se incluyan o se expliquen en este *Manual del miembro.* Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y MassHealth (Medicaid). Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, edad, salud conductual o discapacidad física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene algún problema de discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios 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:

  U.S. Department of Health and Human Services Government Center
  J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875
  Boston, MA 02203
  Teléfono: 1-800-368-1019 Fax: 1-202-619-3818
  TDD: 1-800-537-7697
  Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para los Inscritos. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los Inscritos puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar todos los servicios de Medicare cubiertos para los que Medicare no sea el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica que se prestan a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

En este capítulo, se incluyen los términos clave utilizados en este *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar el término que busca o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para los Inscritos.

Actividades de la vida diaria (ADL): Cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de terapia con medicamentos (MTM): Programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM, generalmente, incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

Apelación: Forma de impugnar nuestra medida si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta a miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde vivan las personas. En el caso de los planes que restringen a qué médicos y hospitales

Atención de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para ofrecer servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no sea una emergencia, pero que necesite atención de inmediato. Usted puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no sea una emergencia médica).

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia y las inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar un enfermero certificado o un médico.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de MassHealth (Medicaid) que no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): Aprobación que usted debe obtener de nuestra parte antes de poder obtener 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 usted no obtiene la

aprobación primero.
Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nuestra parte.
Los servicios cubiertos para los que se exige la autorización previa (PA) de nuestro plan se indican en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene una PA de nuestra parte.
Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: Persona que ofrece servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como la ayuda para la atención personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen certificación de enfermería ni tampoco ofrecen terapia.

Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Adicional también se conoce como “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): Beneficios diseñados para atender las necesidades específicas de las personas con alto riesgo de hospitalización o resultados de salud adversos y pueden incluir servicios o artículos no relacionados con la salud que tengan una expectativa razonable de mejorar o mantener la salud o el funcionamiento general del miembro.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque 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 que es 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 el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Cancelación de la inscripción: Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que imparte una enseñanza adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias, y así adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de enfermería especializada (SNF): Centro de enfermería con el personal y los equipos para proporcionar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación compleja. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Centro que proporciona cirugía ambulatoria a los 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): Organismo federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** del *Manual del miembro*, se indica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Decisión de cobertura: Decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y los servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: Oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o reclamación 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*.

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 paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*, se explican las decisiones de cobertura.

D-SNP integrado: Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). A estas personas se las conoce como personas doblemente elegibles con beneficios completos.

Emergencia: Situación en la que usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted 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. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeore rápidamente.

Equipo de atención o equipo interdisciplinario de atención (ICT): Un equipo formado por usted, su proveedor de atención primaria (PCP) y su navegador. Este equipo trabaja en conjunto para coordinar su atención y ayudarle a alcanzar sus objetivos.

Equipo médico duradero (DME): Artículos que su médico ordena para usar en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son las sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para el tratamiento de la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Revisión de su historial médico y su afección actual. Se utiliza para obtener más información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación indebida/inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más del monto de nuestro costo compartido en concepto de los servicios. Llame a Servicios para los Inscritos si recibe alguna factura que no entienda. Debido a que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe 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 han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solo cuando se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: 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 obtenga de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Grupos médicos: Una red de médicos que colaboran para prestar servicios de atención médica. Estos médicos pueden trabajar en el mismo consultorio o en varias ubicaciones, compartiendo registros y sistemas de consultorio para garantizar una atención coordinada. Los grupos médicos pueden ser de una sola especialidad o de varias especialidades, y pueden operar de forma independiente o como parte de un sistema de atención médica más grande. Los grupos médicos trabajan con los planes de salud para atender a sus miembros, determinando cómo se brinda la atención y administrando las remisiones a especialistas

dentro del grupo. Esta estructura permite un enfoque más integrado de la atención al paciente, lo que mejora la eficiencia y la calidad del servicio.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada e información sobre los beneficios y los medicamentos cubiertos específicos para cada inscrito. Esto incluye montos del costo compartido, medicamentos que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hogar de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que brinda atención a las personas que no puedan recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: Programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tengan un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un inscrito que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de los proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también denominada Información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas con el médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años que tengan ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Inscrito de Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid (MassHealth). Un inscrito de Medicare-Medicaid también se denomina “persona doblemente elegible”.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

***Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*:** Lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si existen normas que deba cumplir para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* suele denominarse “formulario”.

***Manual del miembro* e información de divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

MassHealth (Medicaid): Programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. MassHealth es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal. MassHealth ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicaid: 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: Término que hace referencia a los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Además, un servicio se considera médicamente necesario si puede ayudarle a mejorar o mantener su salud o funcionamiento diario, o evitar que su salud o funcionamiento empeoren si se retrasa, reduce o no se brinda la atención.

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura en virtud de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte los “medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de marca: Medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de atención médica.

Medicamentos genéricos: Medicamento aprobado por la FDA para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare: Programa federal de seguros de salud destinado a las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y las personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Navegador: Persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesite.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada.

Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para que controle 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 cargo por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Conforme a Original Medicare, los servicios están cubiertos mediante el pago de montos que el Congreso determine a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) de Medicare.

Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.

Si no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Pacientes internados: Término que se usa cuando se lo ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo ingresan formalmente, se lo puede considerar un paciente externo en lugar de paciente internado, incluso si pasa la noche.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención de la salud a domicilio y atención en hospicios médicamente necesarias.

Parte A: Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas con el médico) y 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 control.

Parte B: Consulte la “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privados proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte C: Consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Lo denominamos “Parte D” para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes externos que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: Consulte la “Parte D de Medicare”.

Período de beneficios: Manera en la que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): Plan médico que atiende a las personas que sean elegibles tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud o plan de atención personalizado (ICP): Un plan personalizado desarrollado por usted y su equipo interdisciplinario de atención. Allí se enumeran sus necesidades, objetivos, así como los servicios y apoyos que recibirá. Puede revisar y actualizar su plan de salud en cualquier momento.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee navegadores para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.
Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Producto biológico original: Producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Producto biológico: Medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como las células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Programa de administración de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP): Programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Programa de Atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE): Programa que cubre los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos para las personas mayores de 55 años que necesiten un nivel más alto de atención para vivir en su hogar.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Programa estructurado de cambio en la conducta de salud que brinda capacitación para el cambio a largo plazo en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para superar la dificultad que representa mantener una pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.

Prótesis y ortótica: Dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, los aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y los dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Médico u otro proveedor a quien usted acuda primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesite para mantenerse saludable.

- Pueden hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveeedor atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica.
- Los denominamos "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 acudir a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado ni propiedad de nuestro plan ni está operado por este, y que no tiene un contrato para prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*, se explican los proveedores o centros fuera de la red.
puede asistir usted, por lo general, se refiere al área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Queja: Reclamación que usted hace sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una reclamación sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio prestado por su plan médico.

Reclamación: Declaración escrita o verbal en la que se indica que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la

calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer una reclamación” es “presentar una queja”.

Remisión: Remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3** y **4** de este *Manual del miembro*.

Salud conductual: Término inclusivo que se refiere a los trastornos de salud mental y consumo de sustancias.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren 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 con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación compleja. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan médico.

Servicios para los Inscritos: Departamento de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre Servicios para los Inscritos.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Servicios y apoyos que ayudan a mejorar una afección a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que acudir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen servicios en la comunidad y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Tratamiento escalonado: Una norma de cobertura conforme a la cual se exige que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

Servicios para los Inscritos de NaviCare HMO SNP o NaviCare NHC HMO SNP

LLAME AL	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo). Los Servicios para los Inscritos también ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., (7 días a la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo).
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	NaviCare Enrollee Services Fallon Health 1 Mercantile St., Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindarles a las personas que tienen Medicare asesoramiento sobre seguros de salud en forma gratuita y en el ámbito local.

LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-800-439-2370 *(solo Massachusetts)* Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 3rd floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA): *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*