

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022**

## **Evidencia de cobertura:**

### **Sus servicios y beneficios de salud, y cobertura para medicamentos con receta y de venta libre de MassHealth (Medicaid) como miembro de NaviCare® SCO, un programa de Opciones de atención para personas mayores**

Este folleto proporciona detalles acerca de la atención médica de MassHealth (Medicaid), incluidos los medicamentos de venta libre, la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y la cobertura para medicamentos con receta, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, NaviCare SCO, es ofrecido por Fallon Community Health Plan (Fallon Health). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro(a)” hace referencia a Fallon Community Health Plan (Fallon Health). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a NaviCare SCO).

Para obtener más información, llame a Servicio para los inscritos al 1-877-700-6996. (Los usuarios de TTY deben llamar al número 711 de retransmisión de telecomunicaciones [TRS]). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).

Esta información está disponible en distintos formatos, como tamaño de letra grande y de audio.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

NaviCare es un programa voluntario asociado con MassHealth/EOHHS y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

SCO\_220002SP\_C Approved 09142021  
21-670-048SP Rev. 00 06/21

**Evidencia de cobertura para 2022****Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Primeros pasos como miembro ..... 4**  
 Explica qué significa estar en un programa de Opciones de atención para personas mayores y cómo utilizar este folleto. Brinda información sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 15**  
 Le indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (NaviCare SCO) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguros de salud del estado para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.
- Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos..... 34**  
 Explica las cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención cuando tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)..... 51**  
 Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.
- Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC) ..... 101**  
 Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos. Indica cómo utilizar la Lista de *medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde obtener sus medicamentos con receta. Brinda información sobre los programas del plan sobre la seguridad y administración de los medicamentos.

<b>Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>126</b>
Explica dónde y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por sus servicios o medicamentos cubiertos.	
<b>Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>133</b>
Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si considera que sus derechos no son respetados.	
<b>Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones).....</b>	<b>150</b>
Le indica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o las restricciones adicionales en su cobertura para medicamentos con receta, y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.</li><li>• Explica cómo presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.</li></ul>	
<b>Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan .....</b>	<b>187</b>
Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.	
<b>Capítulo 10. Avisos legales .....</b>	<b>193</b>
Incluye avisos sobre leyes vigentes y sobre no discriminación.	
<b>Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes .....</b>	<b>196</b>
Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.	

# CAPÍTULO 1

*Primeros pasos como miembro*

## **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en NaviCare SCO, que es un programa de Opciones de atención para personas mayores .....	5
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ? .....	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	6
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....</b>	<b>6</b>
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad.....	6
Sección 2.2	¿Qué es MassHealth (Medicaid)?.....	7
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para NaviCare SCO .....	7
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal en los Estados Unidos .....	8
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otra documentación le enviaremos?.....</b>	<b>8</b>
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos .....	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	9
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan .....	10
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual para NaviCare SCO.....</b>	<b>11</b>
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan? .....	11
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?.....	11
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....</b>	<b>11</b>
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos la información correcta sobre usted.....	11
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....</b>	<b>12</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	12
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....</b>	<b>13</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	13

---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en NaviCare SCO, que es un programa de Opciones de atención para personas mayores</b>
--------------------	--

El programa de Opciones de Atención para Personas Mayores es una asociación entre MassHealth (Medicaid) y Medicare que ofrece un paquete completo de atención médica y servicios sociales para personas mayores con ingreso bajo. La inscripción en el programa de Opciones de Atención para Personas Mayores no es obligatoria. La inscripción es voluntaria.

**Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga.

Como miembro de NaviCare, toda su atención está coordinada por un equipo de atención primaria. Este equipo incluye un proveedor de atención primaria (PCP), un enfermero administrador de casos, un administrador de casos de salud conductual (si es necesario) y un navegador que se dedica a ayudarlo a obtener la atención y los servicios que usted necesita. Un enfermero con acceso a su plan de atención está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Su equipo de atención primaria revisa con regularidad su plan de atención, en función de la información que figura en un registro compartido. Los miembros del equipo quieren que se mantenga de manera saludable. Y debido a que tienen la información actualizada sobre su plan de atención completo, pueden ayudarlo a tomar las mejores decisiones sobre su atención.

**La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

<b>Sección 1.2</b>	<b>¿De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>?</b>
--------------------	---

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica, atención a largo plazo, servicios en el hogar y la comunidad, y medicamentos con receta de Medicare y MassHealth (Medicaid) cubiertos a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar como miembro del plan.

- Usted está inscrito en MassHealth Standard (Medicaid) y ha elegido recibir su cobertura de atención médica, para medicamentos con receta y OTC a través de nuestro plan, NaviCare SCO.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención médica, la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de NaviCare SCO.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o preocupa, o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 1.3</b>	<b>Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i></b>
--------------------	---

**Es parte del contrato que celebramos con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo NaviCare SCO cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones a su cobertura o condiciones que la afecten. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en que esté inscrito en NaviCare SCO, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

**MassHealth (Medicaid) debe aprobar nuestro plan todos los años**

La Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Mancomunidad de Massachusetts debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan durante el año en cuestión y si la Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Mancomunidad de Massachusetts renueva la aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2**      **¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Los requisitos de elegibilidad</b>
--------------------	---------------------------------------

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:*

- Tenga 65 años o más.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Tenga MassHealth Standard (Medicaid).
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos.
- Viva en su hogar o en un centro de atención a largo plazo (el miembro no puede ser un paciente internado en un hospital de rehabilitación o para enfermedades crónicas, ni residir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad del desarrollo).
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.
  - No estar sujeto a un período de deducible de seis meses según la Sección 520.028 del Título 130 del Código de Normas de Massachusetts (CMR): Elegibilidad para deducibles.
  - No residir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo.
  - No ser un paciente 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.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere dentro de dos meses, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describen la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad considerada ininterrumpida).

### Sección 2.2 ¿Qué es MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal, que brinda ayuda con los costos de servicios médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir sobre cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para NaviCare SCO

NaviCare SCO está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

**El área de servicio de NaviCare SCO incluye los siguientes condados de Massachusetts:**

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

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono de MassHealth (Medicaid).

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

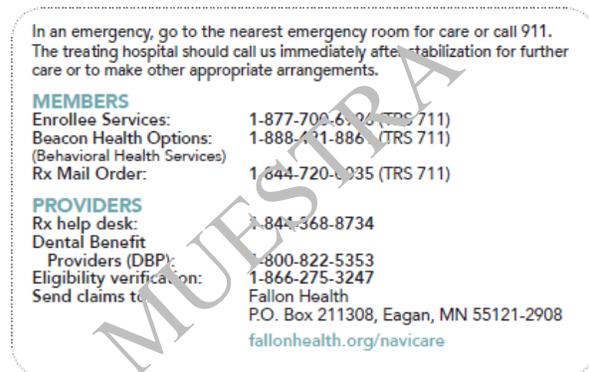
## **Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en los Estados Unidos**

Un miembro de MassHealth (Medicaid) debe ser ciudadano estadounidense o tener permanencia legal en los Estados Unidos. MassHealth (Medicaid) notificará a NaviCare SCO si usted no es elegible para continuar siendo miembro de este modo. NaviCare SCO deberá cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

## **SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?**

### **Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su tarjeta de MassHealth (Medicaid)** para obtener servicios médicos cubiertos. Guarde la tarjeta de MassHealth (Medicaid) en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Aquí le explicamos por qué esto es tan importante:** Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta de MassHealth (Medicaid) en lugar de su tarjeta de miembro de NaviCare SCO, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio para los inscritos para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

<b>Sección 3.2</b>	<b>El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan</b>
--------------------	--

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores, los abastecedores de los equipos médicos duraderos y las farmacias de nuestra red, incluidos los proveedores participantes de MassHealth (Medicaid).

### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores y abastecedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare).

### ¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Su proveedor de atención primaria (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. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que NaviCare SCO autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores, las farmacias y los abastecedores de equipos médicos duraderos de nuestra red. Todos los proveedores del *Directorio de proveedores y farmacias* aceptan Medicare y MassHealth (Medicaid).

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). En el Servicio para los inscritos, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

*Directorio de proveedores y farmacias* en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare) o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio para los inscritos como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

### ¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

### ¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera utilizar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias el año próximo. En nuestro sitio web [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare) se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También, puede llamar al Servicio para los inscritos a fin de obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para saber qué farmacias pertenecen a nuestra red*.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Servicio para los inscritos en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare).

<b>Sección 3.3</b>	<b>La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan</b>
--------------------	--

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta que cubre NaviCare SCO. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

NaviCare SCO también cubre ciertos medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por MassHealth (Medicaid). Estos medicamentos se enumeran en la Lista de medicamentos de venta libre (“Lista de medicamentos OTC”) que se incluye en el Formulario.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)) o llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

---

## SECCIÓN 4 Su prima mensual para NaviCare SCO

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿A cuánto asciende la prima del plan?</b>
--------------------	--

No es necesario que pague la prima mensual del plan NaviCare SCO por separado.

<b>Sección 4.2</b>	<b>¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?</b>
--------------------	---

**No.** No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el año próximo, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

---

## SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo puede asegurarse de que tengamos la información correcta sobre usted</b>
--------------------	--

Su registro de miembro contiene información del Formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

Si hay algún cambio, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También, puede actualizar su dirección y número de teléfono iniciando sesión en nuestro portal seguro para miembros (MyFallon) en [fallonhealth.org/myfallon-navicare](http://fallonhealth.org/myfallon-navicare).

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

**Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga**

MassHealth (Medicaid) exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sin embargo, 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 la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.

---

**SECCIÓN 6      Protegemos la privacidad de su información personal de salud**

---

<b>Sección 6.1      Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida</b>
--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información personal de salud, consulte Sección 1.4 del Capítulo 7 de este folleto.

---

## **SECCIÓN 7      Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

<b>Sección 7.1      ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?</b>
--

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y recursos importantes*

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de NaviCare SCO</b> (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan).....	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa estatal de asistencia en seguros de salud</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre seguros de salud).....	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>25</b>
<b>Sección 5</b>	<b>MassHealth (Medicaid)</b> (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) .....	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios</b> .....	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?</b> .....	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Puede recibir asistencia de las agencias para personas de edad avanzada en el área</b> .....	<b>29</b>

---

## **SECCIÓN 1      Contactos de NaviCare SCO**

(cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan)

---

### **Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan**

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio para los inscritos de NaviCare SCO Con gusto lo ayudaremos.

<b>Método</b>	<b>Servicio para los inscritos: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). El Servicio para los inscritos también tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para aquellos que no hablen español.
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
<b>FAX</b>	1-508-368-9013
<b>ESCRIBA A</b>	Fallon Health NaviCare Enrollee Services 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>FAX</b>	1-508-368-9700 para decisiones de cobertura comunes. 1-508-368-9133 para decisiones “rápidas” de cobertura.
<b>ESCRIBA A</b>	Fallon Health Servicio para los inscritos de NaviCare 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-333-2535, int. 69950 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
<b>FAX</b>	1-508-755-7393
<b>ESCRIBA A</b>	Fallon Health Member Appeals and Grievances 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una reclamación sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta**

Puede presentar una reclamación sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no está relacionada con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

<b>Método</b>	<b>Reclamaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-333-2535, int. 69950 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). Las reclamaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana dejando un mensaje de voz en este número.
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). Las reclamaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana dejando un mensaje de voz en este número.
<b>FAX</b>	1-508-755-7393
<b>ESCRIBA A</b>	Fallon Health Member Appeals and Grievances 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y a su cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta cubiertos por el beneficio incluidos en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-844-657-0494 Las llamadas a este número son gratuitas. Si necesita ayuda, contará con una persona a su disposición durante las 24 horas, los siete días de la semana.
<b>TTY</b>	TTY: 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Si necesita ayuda, contará con una persona a su disposición durante las 24 horas, los siete días de la semana.
<b>FAX</b>	1-844-403-1028
<b>ESCRIBA A</b>	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre los medicamentos con receta: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-333-2535, int. 69950 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
<b>FAX</b>	1-508-755-7393
<b>ESCRIBA A</b>	Fallon Health Member Appeals and Grievances 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

### **Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos*).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, Consulte el capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago por reclamos relacionados con farmacias (lo que obtiene en la farmacia): información de contacto</b>
<b>ESCRIBA A</b>	OptumRx Claims Department P.O. Box 650334 Dallas, TX 75265-0334
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://optumrx.com">optumrx.com</a>

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago por reclamos médicos (lo que obtiene en el consultorio del proveedor): información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
<b>ESCRIBA A</b>	Fallon Health Member Reimbursement, Claims Department P.O. Box 211308 Eagan, MN 55121-2908
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

---

## **SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de 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 (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

<b>Método</b>	<b>Medicare: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los siete días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<u><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li><li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li></ul>

---

### **SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre seguros de salud)**

---

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP es un programa que se llama Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE).

El SHINE es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguro ni plan de salud), que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud en forma gratuita y en el ámbito local.

Los asesores del programa SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto del seguro de salud. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con el seguro de salud, a presentar reclamaciones sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas del seguro de salud. También, pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de seguro de salud y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

<b>Método</b>	<b>Programa SHINE (SHIP de Massachusetts): información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-243-4636
<b>TTY</b>	1-877-610-0241 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place Boston, MA 02108
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/health-insurance-counseling">www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

---

## **SECCIÓN 4 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de los EE. UU. mayores de 65 años, o quienes tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**


---

## **Sección 5      MassHealth (Medicaid)** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

---

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de MassHealth (Medicaid), póngase en contacto con MassHealth. También puede obtener información acerca de MassHealth (Medicaid) en las agencias para personas de edad avanzada en el área. Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con las agencias para personas de edad avanzada del área, consulte la Sección 8 de este capítulo.

<b>Método</b>	<b>MassHealth (programa Medicaid de Massachusetts): información de contacto</b>	
<b>LLAME AL</b>	Centro de Servicio al Cliente de MassHealth 1-800-841-2900 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.	
<b>TTY</b>	1-800-497-4648 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.	
<b>ESCRIBA A</b>	MassHealth Enrollment Center 45 Spruce St. Chelsea, MA 02150	MassHealth Enrollment Center 88 Industry Ave., Suite D Springfield, MA 01104
	MassHealth Enrollment Center 21 Spring St., Suite 4 Taunton, MA 02780	MassHealth Enrollment Center 367 East St. Tewksbury, MA 01876
	MassHealth Enrollment Center 529 Main St. Charlestown, MA 02129	Health Insurance Processing Center P.O. Box 4405 Taunton, MA 02780
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/masshealth">www.mass.gov/masshealth</a>	

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

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.

<b>Método</b>	<b>MassOptions: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-844-422-6277 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	TRS 711
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.massoptions.org">www.massoptions.org</a>

*My Ombudsman* ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid). *My Ombudsman* es una organización independiente que ayuda a las personas, incluidos sus familiares y cuidadores, a abordar inquietudes o preguntas que pudieran afectar su experiencia con un plan de salud de MassHealth o su capacidad de acceder a los beneficios y servicios de su plan de salud.

*My Ombudsman* trabaja con el miembro, MassHealth y todos los planes de salud de MassHealth para ayudar a resolver inquietudes a fin de garantizar que los miembros reciban sus beneficios y ejerzan sus derechos en virtud de su plan de salud.

<b>Método</b>	<b>My Ombudsman: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-855-781-9898 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
<b>TTY</b>	TRS 711
<b>ESCRIBA A</b>	My Ombudsman 11 Dartmouth St., Suite 301 Malden, MA 02148
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.myombudsman.org">www.myombudsman.org</a>

---

## **SECCIÓN 6      Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

---

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

<b>Método</b>	<b>Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (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. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## **SECCIÓN 7      ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Servicio para los inscritos si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud o las primas de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

---

## **SECCIÓN 8      Puede recibir asistencia de las agencias para personas de edad avanzada en el área**

---

Las agencias para personas de edad avanzada del área (AAA) son organizaciones que brindan asistencia y servicios para 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. Las AAA 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.

### **BayPath Elder Services, Inc.**

33 Boston Post Road West, Marlborough, MA 01752

- Llame al: 1-508-573-7200. Los usuarios de TTY deben llamar al número TRS 711.
- [www.baypath.org](http://www.baypath.org)

### **Age Strong Commission**

1 City Hall Square, Room 271, Boston, MA 02201

- Llame al: 1-617-635-4366. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-617-635-4599.
- [www.cityofboston.gov/elderly](http://www.cityofboston.gov/elderly)

### **Boston Senior Home Care**

Lincoln Plaza, 89 South St., Suite 501, Boston, MA 02111

- Llame al: 1-617-451-6400. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-617-451-6404.
- [www.bostonseniorhomecare.info](http://www.bostonseniorhomecare.info)

### **Bristol Elder Services, Inc.**

1 Father DeValles Blvd., Unit 8, Fall River, MA 02723

- Llame al: 1-508-675-2101. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-508-646-9704.
- [www.bristolelder.org](http://www.bristolelder.org)

### **Central Boston Elder Services, Inc.**

2315 Washington St., Boston, MA 02119

- Llame al: 1-617-277-7416. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-495-7400.
- [www.centralboston.org](http://www.centralboston.org)

### **Central Massachusetts Agency on Aging**

- 330 Southwest Cutoff, Suite 203, Worcester, MA 01604
- Llame al: 1-800-244-3032. Los usuarios de TTY deben llamar al número TRS 711.
- [www.seniorconnection.org](http://www.seniorconnection.org)

### **Coastline Elderly Services, Inc.**

1646 Purchase St., New Bedford, MA 02740

- Llame al: 1-866-274-1643. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-508-994-4265.
- [www.coastlineelderly.org](http://www.coastlineelderly.org)

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

**Elder Services of Berkshire County, Inc.**

Oficina principal: 877 South Street, Suite 4E, Pittsfield, MA 01201

- Llame al: 1-413-499-0524. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-413-499-9764.
- [www.esbci.org](http://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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-508-394-8691.
- [www.escci.org](http://www.escci.org)

**Elder Services of Merrimack Valley, Inc.**

280 Merrimack St., Suite 400, Lawrence, MA 01843

- Llame al: 1-800-892-0890. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-924-4222.
- [www.esmv.org](http://www.esmv.org)

**Elder Services of Worcester Area, Inc.**

67 Millbrook St., Worcester, MA 01606

- Llame al: 1-800-243-5111. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-774-312-7291.
- [www.eswa.org](http://www.eswa.org)

**Ethos**

555 Amory St., Jamaica Plain, MA 02130

- Llame al: 1-617-522-6700. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-617-524-2687.
- [www.ethocare.org](http://www.ethocare.org)

**Greater Lynn Senior Services, Inc.**

8 Silsbee St., Lynn, MA 01901

- Llame al: 1-800-594-5164. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-580-1926.
- [www.glss.net](http://www.glss.net)

**Greater Springfield Senior Services, Inc.**

66 Industry Ave., Suite 9, Springfield, MA 01104

- Llame al: 1-800-649-3641. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-413-272-0399.
- [www.gsssi.org](http://www.gsssi.org)

**Health and Social Services Consortium, Inc. (HESSCO)**

One Merchant St., Sharon, MA 02067

- Llame al: 1-800-462-5221 (V/TTY).
- [www.hessco.org](http://www.hessco.org)

**Highland Valley Elder Services, Inc.**

320 Riverside Drive, Suite B, Florence, MA 01062

- Llame al: 1-413-586-2000; los usuarios de TTY deben llamar al TRS 711.
- [www.highlandvalley.org](http://www.highlandvalley.org)

**LifePath, Inc.**

101 Munson Street, Suite 201, Greenfield, MA 01301

- Llame al: 1-800-732-4636. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-413-772-6566.
- [www.lifepathma.org](http://www.lifepathma.org)

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

**Minuteman Senior Services**

26 Crosby Drive, Bedford, MA 01730

- Llame al: 1-888-222-6171. Los usuarios de TYY deben llamar al 1-800-439-2370.
- [www.minutemansenior.org](http://www.minutemansenior.org)

**Montachusett Home Care Corporation**

680 Mechanic St., Leominster, MA 01453

- Llame al: 1-800-734-7312. Los usuarios de TTY deben llamar al 978-514-8841.
- [www.montachusethomecare.org](http://www.montachusethomecare.org)

**Mystic Valley Elder Services, Inc.**

300 Commercial St., #19, Malden, MA 02148

- Llame al: 1-781-324-7705. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-781-321-8880.
- [www.mves.org](http://www.mves.org)

**North Shore Elder Services, Inc.**

300 Rosewood Dr., Suite 200, Danvers, MA 01923

- Llame al: 1-978-750-4540. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-978-624-2244.
- [www.nselder.org](http://www.nselder.org)

**Old Colony Elder Services**

144 Main St., Brockton, MA 02301

- Llame al: 1-508-584-1561. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-508-587-0280.
- [www.ocesma.org](http://www.ocesma.org)

**Old Colony Planning Council**

70 School St., Brockton, MA 02301

- Llame al: 1-508-583-1833. Los usuarios de TTY deben llamar al número TRS 711.
- [www.ocpcrpa.org](http://www.ocpcrpa.org)

**SeniorCare Inc.**

Oficina principal: 49 Blackburn Center, Gloucester, MA 01930

- Llame al: 1-866-927-1050. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-978-282-1836.
- [www.seniorcareinc.org](http://www.seniorcareinc.org)

**Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.**

61 Medford St., Somerville, MA 02143

- Llame al: 1-617-628-2601. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-617-628-1705.
- [www.eldercare.org](http://www.eldercare.org)

**South Shore Elder Services, Inc.**

1515 Washington St., Braintree, MA 02184

- Llame al: 1-781-848-3910. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-781-356-1992.
- [www.sselder.org](http://www.sselder.org)

**Springwell**

307 Waverley Oaks Rd., Suite 205, Waltham, MA 02452

- Llame al: 1-617-926-4100. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-617-923-1562.
- [www.springwell.com](http://www.springwell.com)

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

---

### **Tri-Valley, Inc.**

10 Mill St., Dudley, MA 01571

- Llame al: 1-800-286-6640. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-508-949-6654.
- [www.trivalleyinc.org](http://www.trivalleyinc.org)

### **WestMass ElderCare, Inc.**

4 Valley Mill Road, Holyoke, MA 01040

- Llame al: 1-800-462-2301. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-875-0287.
- [www.wmeldercare.org](http://www.wmeldercare.org)

# CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan  
para obtener servicios médicos y  
otros servicios cubiertos*

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>36</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	36
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan .....	37
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....</b>	<b>38</b>
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención.....	38
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?.....	40
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red .....	41
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red.....	43
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo puede obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre.....</b>	<b>43</b>
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica.....	43
Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios.....	45
Sección 3.3	Cómo puede obtener atención durante un desastre .....	45
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>46</b>
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos .....	46
Sección 4.2	¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan? .....	46
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” .....</b>	<b>47</b>
Sección 5.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?.....	47
Sección 5.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	47
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Normas para la posesión de equipos médicos duraderos.....</b>	<b>48</b>
Sección 6.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? .....	48

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento.....</b>	<b>48</b>
Sección 7.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? .....	48
Sección 7.2	¿Qué ocurre si se retira de su plan y regresa a Original Medicare? .....	49

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

## SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

---

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica y otros servicios cubre el plan, utilice la tabla de beneficios en el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*) a continuación.

<b>Sección 1.1</b>	<b>¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</b>
--------------------	--

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros a aceptar nuestros pagos en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

#### Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de MassHealth (Medicaid), el plan NaviCare SCO debe cubrir todos los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) y podría ofrecer otros servicios.

Generalmente, NaviCare SCO cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se lo denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Reciba atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que MassHealth (Medicaid) exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la 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 este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos****SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención**

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP).

**¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP 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 (o sea 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.** Estos servicios se enumeran en la Sección 2.2, a continuación.

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 las siguientes situaciones:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Servicios hospitalarios para pacientes externos
- 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).

Dado que su PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. El Capítulo 7 explica cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud.

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Una vez que esté inscrito en NaviCare SCO, su equipo de atención primaria, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija para que participe (como un miembro de su familia) desarrollarán un Plan de atención personalizado (IPC), también denominado plan de atención, diseñado solo para usted.

Su PCP es responsable de realizar lo siguiente:

- Contribuir con su IPC en el momento de la inscripción en el programa y posteriormente.
- 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 PCP trabaja con su equipo de atención primaria de NaviCare

Su equipo de atención primaria (PCT), que puede incluir, entre otros, a su proveedor de atención primaria (PCP), navegador, enfermero administrador de casos, coordinador de servicios de apoyo geriátrico o administrador de casos de salud conductual, trabajará con usted para desarrollar su IPC y asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Un enfermero con acceso a su plan de atención está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Su proveedor de atención primaria es responsable de coordinar toda su atención médica y de solicitar la atención de otros especialistas médicos, si fuera necesario.

Su IPC incluye todos los beneficios y servicios de apoyo que su PCT haya autorizado para que usted reciba como miembro de NaviCare SCO.

Para asegurarse de recibir la atención más adecuada en todo momento, su PCT revisa, aprueba y autoriza los cambios en su IPC, ya sea agregar, cambiar o cancelar los servicios. Su PCT reevalúa sus necesidades al menos cada seis meses y más frecuentemente si fuera necesario.

#### ¿Cómo elige al PCP?

Puede buscar un PCP consultando el *Directorio de proveedores y farmacias*, ingresando a [fallonhealth.org/navicare](https://fallonhealth.org/navicare) o llamando al Servicio para los inscritos a fin de obtener ayuda. 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. Una vez que haya elegido un PCP, debe notificárselo al Servicio para los inscritos, por teléfono (el número de teléfono está impreso en la portada posterior de este folleto) o por Internet en [fallonhealth.org/navicare](https://fallonhealth.org/navicare) (haga clic en “Benefits and services” [Beneficios y servicios] e inicie sesión en *myFallon*). Si usted no escoge un PCP, nosotros lo haremos por usted.

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

### Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Además, si cambia de PCP, el cambio de PCP podría generar que esté limitado a especialistas u hospitales específicos a los que dicho PCP haga remisiones. Consulte la Sección 2.3 a continuación para obtener más información.

Para cambiar su PCP, siga los mismos pasos que se describen anteriormente para elegir un PCP. Si llama, asegúrese de informar al Servicio 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 salud a domicilio y determinados equipos médicos duraderos). El Servicio para los inscritos verificará que el PCP al que desea cambiar acepte a nuevos pacientes. El Servicio 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.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?</b>
--------------------	--

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención de salud para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los proporcione un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19 y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio para los inscritos antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).
- Hasta 20 consultas por servicios de acupuntura con un proveedor del plan. Para que se cubran más de 20 consultas por servicios de acupuntura, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- Servicios quiroprácticos con un proveedor del plan.
- Atención dental brindada por un dentista de la red del plan.
- Fisioterapia para pacientes externos con un proveedor del plan hasta la consulta 60. Para que la fisioterapia para pacientes externos esté cubierta después de las 60 consultas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Terapia ocupacional para pacientes externos con un proveedor del plan hasta la consulta 60. Para que la terapia ocupacional para pacientes externos esté cubierta después de las 60 consultas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Terapia del habla para pacientes externos con un proveedor del plan hasta la consulta 35. Para que la terapia del habla para pacientes externos esté cubierta después de las primeras 35 consultas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios preventivos cubiertos, siempre y cuando los reciba de un proveedor del plan.
- WW<sup>®</sup>.
- Programa adicional para dejar de fumar y consumir productos de tabaco de Fallon Health.
- SilverSneakers<sup>®</sup>.
- Línea directa de enfermería.
- Un examen de la vista de rutina complementario por año, siempre y cuando se lo realice un proveedor del plan.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- 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.

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

Es muy importante que su PCP lo remita (con aprobación por adelantado) antes de que usted vea a un especialista del plan o a otros proveedores (existen algunas excepciones, incluida la

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

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 adicionales de un médico especialista, solicitará una autorización directamente de Fallon Health.

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.

#### **¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?**

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, MassHealth (Medicaid) requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a realizar una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Si un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red que usted está utilizando dejan el plan, NaviCare SCO le notificará por escrito y usted tendrá que cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. El navegador puede ayudarlo a encontrar y seleccionar otro proveedor.

#### Sección 2.4      Cómo puede obtener atención de 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) de NaviCare SCO. La solicitud de autorización previa será revisada por el personal del Programa de administración de utilización de Fallon Health 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 SCO. 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.

---

### SECCIÓN 3      Cómo puede obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

---

#### Sección 3.1      Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

##### ¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, realice lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario obtener primero la aprobación o una remisión del PCP.

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) para informarnos sobre su emergencia.

#### ¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto. 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.

#### ¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos****Sección 3.2      Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios****¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

**¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?**

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia por parte de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse con ellos, y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que obtenga 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*.

**¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?**

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: emergencias médicas y servicios de urgencia.

**Sección 3.3      Cómo puede obtener 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 el sitio web [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red.

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

---

## **SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos</b>
--------------------	--

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

<b>Sección 4.2</b>	<b>¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?</b>
--------------------	--

NaviCare SCO cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; dichos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla figura en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio para los inscritos para obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio para los inscritos.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos****SECCIÓN 5 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”****Sección 5.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?**

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados (servicios de atención sanitaria no médica).

**Sección 5.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos que “no estén exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación 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.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
  - 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 la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

---

**SECCIÓN 6 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?</b>
--------------------	--

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, hacemos referencia a otros tipos de DME que debe alquilar.

Como miembro de NaviCare SCO, por lo general, tendrá posesión de los DME alquilados después de diez meses consecutivos mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del artículo de DME. Llame a Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

---

**SECCIÓN 7 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?</b>
--------------------	--

Si usted reúne los requisitos para recibir cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el período en el que esté inscrito, NaviCare SCO cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios para el oxígeno para la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de los equipos de oxígeno

Si usted se retira de NaviCare SCO o ya no tiene necesidad médica de los equipos de oxígeno, debe devolver los equipos de oxígeno a su dueño.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

**Sección 7.2      ¿Qué ocurre si se retira de su plan y regresa a Original Medicare?**

Si regresa a Original Medicare, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en NaviCare SCO, se inscribió en NaviCare SCO por 12 meses y luego regresó a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de los equipos de oxígeno.

Asimismo, si pagó durante 36 meses mientras estuvo inscrito en NaviCare SCO y luego regresó a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de los equipos de oxígeno.

# CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos (lo que  
está cubierto)*

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cómo comprender los servicios cubiertos.....</b>	<b>52</b>
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos .....	52
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto .....</b>	<b>52</b>
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan .....	52
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>94</b>
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones).....	94

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

---

---

**SECCIÓN 1      Cómo comprender los servicios cubiertos**

---

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que proporciona una lista de los servicios cubiertos como miembro de NaviCare SCO. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios. También puede consultar al apéndice odontológico para obtener detalles sobre la cobertura odontológica.

<b>Sección 1.1      Usted no paga nada por sus servicios cubiertos</b>
--

Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3).

---

**SECCIÓN 2      Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto**

---

<b>Sección 2.1      Sus beneficios médicos como miembro del plan</b>
--

La Tabla de beneficios médicos que se incluye en las próximas páginas detalla los servicios que cubre NaviCare SCO. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre MassHealth (Medicaid) deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por MassHealth (Medicaid).
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se lo denomina darle una “remisión”. En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

---

adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con *itálica* en la Tabla de beneficios médicos.

- Si se encuentra dentro del período de dos meses en el que la elegibilidad se considera ininterrumpida, continuaremos ofreciendo todos los beneficios cubiertos por el plan. No obstante, durante este período, no pagaremos las primas de Medicare ni el costo compartido del que sería responsable el estado si usted no hubiera perdido su elegibilidad para MassHealth (Medicaid).

Usted no paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura mencionados anteriormente.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)****Tabla de beneficios médicos**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.</b>
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan cubre únicamente esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p><b>Acupuntura</b></p> <p><i>Para que los servicios de acupuntura estén cubiertos después de la 20.ª consulta, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos de MassHealth (Medicaid) incluyen los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos. Para obtener más información, consulte el apartado sobre el trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos en esta tabla.</p> <p>NaviCare 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.</p> <p>NaviCare cubre los siguientes servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en los siguientes casos:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor crónico en la zona lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un dolor que dura 12 semanas o más.</li> <li>• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</li> <li>• No tiene relación con una cirugía.</li> <li>• No se asocia con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de acupuntura y servicios complementarios de acupuntura cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en la sección 1861 [aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y presentan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe encontrarse bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones establecidas en los artículos 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).</p>	
<p><b>Atención médica diurna para adultos</b></p> <p><i>Para que los servicios de atención médica diurna para adultos estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Un programa diurno para las personas que son elegibles donde se brinda un programa organizado de servicios de enfermería y supervisión, asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como comer, ir al baño, hacer ejercicios y tomar la medicación), servicios de tratamiento y mantenimiento, servicios terapéuticos, recreativos y nutricionales en un lugar que no sea el hogar; interacción específica para casos de demencia y transporte a un lugar que no sea el hogar, en virtud de las regulaciones del Programa de salud diurna para adultos de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de salud diurnos para adultos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Cuidado para adultos</b></p> <p><i>Para que el cuidado para adultos esté cubierto, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, alimentarse, realizar las compras, lavar la ropa, preparar refrigerios y hacer las comidas), otra atención personal según sea necesario, administración de los medicamentos, transporte y supervisión médicos de un proveedor de cuidado para adultos o cuidado grupal para adultos, que esté aprobado por MassHealth y que cumpla con las regulaciones del cuidado para adultos de MassHealth. La supervisión médica, la enseñanza y la capacitación para el proveedor de atención médica y la administración de la atención son proporcionadas por el proveedor de cuidado para adultos, en virtud de las regulaciones del cuidado para adultos de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de cuidado para adultos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p><i>Para que los servicios de ambulancia que no sean de emergencia estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>NaviCare SCO cubre el transporte en ambulancia (por aire y tierra), taxi y vehículos para pacientes en sillas de ruedas de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro que padece una afección médica por la que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>La cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de ambulancia cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Examen físico anual</b></p> <p>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 anomalías o señales que puedan indicar un proceso de enfermedad que deba tratarse.</p>	<p>Usted paga \$0 por el examen físico anual complementario cubierto.</p>
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b></p> <p>Puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de rehabilitación cardíaca o servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p> <b>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de forma saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de tratamiento conductual preventivo intensivo para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> <b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p> <p>MassHealth (Medicaid) cubre análisis de sangre adicionales cuando sean médicamente necesarios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años.</p> <p>Usted paga \$0 por los análisis de sangre adicionales cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul> <p>MassHealth (Medicaid) cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos adicionales cuando sean médicamente necesarios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación de la columna para corregir una subluxación.</li> <li>• MassHealth (Medicaid) cubre el tratamiento de manipulación quiropráctica y los servicios radiológicos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por cada visita en el consultorio para servicios quiroprácticos cubierta por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Servicios de tareas domésticas</b></p> <p><i>Para que los servicios de tareas domésticas estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de tareas domésticas cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.</li> </ul> <p>Uno de los siguientes, cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en las heces basada en guayacol (gFOBT).</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT).</li> </ul> <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal, basada en ADN, cada tres años para personas de 50 a 85 años que tienen un riesgo promedio de sufrir cáncer colorrectal y que no muestran síntomas de dicha enfermedad.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada diez años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de cáncer colorrectal.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Servicios en la comunidad (atención en el hogar)</b></p> <p><i>Para que los servicios en la comunidad estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Antes de recibir servicios en la comunidad, debe hablar sobre estos servicios con su equipo de atención primaria. Estos servicios serán brindados según las regulaciones y pautas de MassHealth.</p> <p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de compañía</li> <li>• Capacitación y supervisión de atención compleja</li> <li>• Atención dirigida por el consumidor</li> <li>• Adaptaciones para la accesibilidad al entorno (modificación del hogar)</li> <li>• Programas educativos basados en la evidencia</li> <li>• Programas de compromiso con metas</li> <li>• Realización de las compras y el envío</li> <li>• Terapia de habilitación</li> <li>• Servicios de empleadas domésticas</li> <li>• Entrega de comida a domicilio</li> <li>• Entrega de medicamentos preenvasados a domicilio</li> <li>• Evaluaciones de independencia de la seguridad del hogar</li> <li>• Servicio de lavandería</li> <li>• Sistema de administración de medicamentos</li> <li>• Servicios de orientación y movilidad</li> <li>• Servicios de atención personal</li> <li>• Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</li> <li>• Apoyo de pares</li> <li>• Cuidados paliativos</li> <li>• Auxiliar de apoyo para la atención en el hogar</li> <li>• Asistencia en las transiciones</li> <li>• Servicios de traducción/interpretación</li> <li>• Sistema de respuesta a deambulación</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios en la comunidad cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Servicios continuos de enfermería</b></p> <p><i>Para que los servicios continuos de enfermería estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios continuos de enfermería cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Habilitación diurna</b></p> <p><i>Para que los servicios de habilitación diurna estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Programa de tratamiento activo, estructurado y orientado a las metas de servicios terapéuticos y de habilitación médicamente orientados para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan tratamiento activo, en virtud de las regulaciones del programa de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de habilitación diurnos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Atención diurna para la demencia</b></p> <p><i>Para que la atención diurna para la demencia esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención diurna para la demencia cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental preventiva, que incluye exámenes, limpiezas y radiografías.</li> <li>• Atención dental para restauraciones menores como empastes de metal o con compuesto.</li> <li>• Atención médica de emergencia, por ejemplo, para aliviar el dolor o detener una hemorragia producto de una lesión ocasionada en los dientes o tejidos naturales sanos, brindada en el consultorio de un médico o dentista lo más pronto posible. Esto no incluye atención dental de restauración u otro tipo. Diríjase al proveedor más cercano; no necesita una remisión de su PCP.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios dentales complementarios cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración, incluidas las restauraciones con compuesto a base de resina y de amalgama, coronas, perno y muñón, dentadura parcial fija (puente), espigas de refuerzo y reparación de corona.</li> <li>• Servicios de prostodoncia, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dentaduras postizas completas y prótesis superiores e inferiores parciales removibles a base de resina, que incluye revestimientos para dentaduras postizas convencionales y rebasados.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de endodoncia.</li> <li>• Servicios de periodoncia. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios que incluyen raspado, alisado radicular y mantenimiento periodontal.</li> </ul> </li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial.</li> <li>• Dispositivos protésicos maxilofaciales.</li> <li>• Tratamiento con flúor tópico (para personas que tienen afecciones médicas u odontológicas que significativamente interrumpen el flujo de saliva).</li> <li>• Otros servicios, incluidos las pruebas de detección bucales para los miembros que se encuentran en radioterapia o quimioterapia, el tratamiento paliativo de infección o dolor dental, la protección contra oclusión y las visitas al centro.</li> <li>• Implantes.</li> <li>• Tratamientos de conducto para dientes anteriores y tratamiento de conducto.</li> </ul> <p><i>Para que los servicios de cirugía oral (excepto la extracción o exposición de dientes impactados) estén cubiertos en el consultorio de un proveedor, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan:</i></p> <p>Los servicios cubiertos de atención dental que no sea de rutina se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas en la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico. Para obtener una descripción más detallada de los servicios dentales cubiertos que incluyen las limitaciones que pudieran aplicarse en cuanto a la frecuencia y al código, consulte el apéndice dental que se encuentra disponible en <a href="http://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
 <b>Prueba de detección de depresión</b> Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.
 <b>Programa de prevención de la diabetes</b> Este programa es para miembros elegibles. Es una intervención de cambios de conducta de salud estructurada que brinda capacitación práctica sobre los cambios alimenticios a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias para resolver problemas a fin de superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del programa de prevención de la diabetes.
 <b>Prueba de detección de diabetes</b> Cubrimos esta prueba (incluidas las pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes.
 <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b> <i>Para que estén cubiertos los medidores de glucosa en sangre y los suministros que sean de marcas no preferidas, continuos o que requieren características adaptables, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i> Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones</li> </ul>	Usted paga \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y los suministros para la diabetes cubiertos MassHealth (Medicaid).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ La cobertura de los medidores de glucosa en sangre se limita a los medidores OneTouch® y las tiras reactivas fabricadas por LifeScan. Puede obtener un medidor de glucosa OneTouch® en las farmacias de la red, llamando a LifeScan al 1-877-356-8480 (TTY: 711) y usando 160FCH002 como el número de código de la orden. O bien, puede hacerlo visitando el sitio web de LifeScan, <a href="http://www.onetouch.orderpoints.com">www.onetouch.orderpoints.com</a>.</li><li>○ Los monitores de glucosa en sangre continuos se limitan al sistema Freestyle Libre. Los miembros pueden obtener el sistema Freestyle Libre en los abastecedores de equipo médico duradero o en las farmacias de la red.</li><li>○ Los miembros que tienen una necesidad demostrada, como problemas visuales graves o problemas de destreza manual, pueden necesitar un medidor de glucosa en sangre con características adaptables, como un sintetizador de voz integrado o un dispositivo de punción integrado.</li><li>● Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</li><li>● La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.</li></ul> <p><b>Nota:</b> 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.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b></p> <p><i>Para que ciertos equipos médicos duraderos y suministros relacionados estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>(En el Capítulo 11 de este folleto, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas</li> <li>• Muletas</li> <li>• Sistemas de colchones eléctricos</li> <li>• Suministros para la diabetes</li> <li>• Camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar</li> <li>• Bombas para infusión intravenosa</li> <li>• Dispositivos generadores del habla</li> <li>• Equipo de oxígeno y nebulizadores</li> <li>• Andador</li> <li>• Tecnología de adaptación/asistencia</li> <li>• Unidades de control ambiental</li> <li>• Respuesta en el hogar para evitar el riesgo de deambular</li> <li>• Suministros para la incontinencia</li> <li>• Suplementos nutricionales</li> <li>• Terapia de presión positiva en las vías respiratorias (PAP)</li> <li>• Sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS)</li> <li>• Pasamanos para baño y ducha</li> </ul> <p>NaviCare SCO cubre una silla con elevación de asiento de por vida por un valor de hasta \$600. Usted pagará todos los cargos que excedan los \$600 del límite de cobertura del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 por el equipo médico duradero y por los suministros relacionados que estén cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga de \$0 a \$600 por una silla reclinable con elevación de asiento de por vida. Usted pagará todos los cargos que excedan los \$600 del límite de cobertura del plan.</p> <p>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, 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 establecimientos que no se consideran residencia incluyen, entre otros, los centros de atención de enfermería especializada (SNF) o una parte específica de un SNF.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las consultas en la sala de emergencias dentro de la red y fuera de la red cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencia necesarios fuera de la red es el mismo que el costo compartido por los mismos servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que pueda seguir con la cobertura de su atención.</p>
<p><b>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico</b></p> <p>Evaluación en el hogar y coordinación de servicios en el hogar a cargo del personal de los Puntos de Acceso de Servicios para Personas de Edad Avanzada (ASAP).</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de coordinación de servicios de apoyo geriátrico cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Cuidado para adultos grupal</b></p> <p><i>Para que el cuidado para adultos grupal esté cubierto, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>El cuidado para adultos grupal (GAFC) incluye servicios de atención personal hasta dos horas por día para miembros elegibles con discapacidades que vivan en una vivienda aprobada por GAFC. La vivienda podría ser una residencia de vivienda asistida o vivienda pública o subsidiada especialmente designada por las regulaciones de cuidado para adultos de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de cuidado para adultos grupal cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p><b>Membresía para clases de acondicionamiento físico/gimnasios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura de SilverSneakers y cobertura anual de hasta \$400 para un monitor de acondicionamiento físico, un equipo de acondicionamiento físico cardiovascular, una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados (aún no cubiertos por SilverSneakers), o clases de acondicionamiento físico instructivas y cubiertas.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SilverSneakers®</li> <li>Hasta \$400 para un monitor de acondicionamiento físico, un equipo de acondicionamiento físico cardiovascular o una membresía en</li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SilverSneakers es un programa de bienestar completo, que incluye acceso a centros de acondicionamiento físico* en todo el país, equipos para ejercitarse, clases de ejercicio grupales, una red de apoyo y recursos en línea. Las clases que ofrece están diseñadas para cualquier nivel de acondicionamiento y habilidades físicas, como las características SilverSneakers Classic, Circuit, CardioFit, Splash and Stability; las clases SilverSneakers FLEX™ como ritmos latinos, yoga y taichí; y las clases BOOM® MIND, MUSCLE y MOVE IT para participantes más atléticos. (* Se ofrecen kits para el hogar a los miembros que quieren comenzar a hacer ejercicio en su casa o a los que no pueden ir a un centro de acondicionamiento físico a causa de una lesión, enfermedad o de que no pueden salir de su casa). Los miembros pueden visitar silversneakers.com para obtener un número de identificación personal de SilverSneakers y encontrar el centro de acondicionamiento físico participante más cercano. Los miembros de SilverSneakers pueden utilizar cualquier centro participante solo presentando su número de identificación de SilverSneakers. Para buscar un centro de acondicionamiento físico, llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</li> </ul> <p><b>Beneficio nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Educación sobre salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una comunicación que contiene información que lo ayudará a mantenerse saludable.</li> <li>• WW®: los miembros tienen derecho a recibir un libro de cupones, que les da una membresía de 13 semanas consecutivas por año calendario, que incluyen los cargos de inscripción. No se cubren las comidas. No se incluye el reemplazo de cupones perdidos o robados.</li> <li>• Clases de programas educativos sobre salud y bienestar: los miembros deben recibir servicios de proveedores de la red.</li> </ul>	<p>un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Boletín informativo</li> <li>• WW®</li> <li>• Clases de educación para la salud y el bienestar</li> <li>• Programas de administración de enfermedades y de administración de casos.</li> <li>• Programa de medicamentos de infusión.</li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Para obtener más información acerca de cualquiera de estos programas educativos sobre salud y bienestar, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos al número que figura en la portada posterior de este folleto.</p>	
<p><b>Kit de salud y bienestar</b></p> <p>Este kit podría incluir artículos como: vendas adhesivas, una pomada antibiótica, protectores de la piel, pinzas, un cortaúñas, toallitas antisépticas, un desinfectante de manos, un termómetro oral, vendas con rodillo, compresas frías/calientes, mascarillas faciales, pastillas para la tos, un protector solar, cepillos de dientes, pasta de dientes, hilo dental, antiácidos, gotas para los ojos o taponos para los oídos.</p>	<p>Usted paga \$0 por el kit de salud y bienestar que se le brinda mediante este beneficio.</p>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p><i>Para que los servicios de audiología estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio cubiertas realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>NaviCare SCO cubre los siguientes servicios auditivos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes auditivos de rutina.</li> <li>• Servicios de diagnóstico.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios auditivos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un audífono por oído, ya sea uno binaural o dos monoaurales, cada 60 meses variables, según las pautas de MassHealth.</li> <li>• Servicios relacionados con el cuidado y el mantenimiento de los audífonos.</li> <li>• Baterías para audífonos.</li> <li>• Audífonos o instrumentos auditivos.</li> </ul>	
<p> <b>Prueba de detección de VIH</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de detección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección de VIH preventivas.</p>
<p><b>Atención médica a domicilio</b></p> <p><i>Para que la atención médica a domicilio esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Antes de recibir los servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, ya que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las consultas de atención médica a domicilio cubiertas por MassHealth (Medicaid) según las regulaciones de MassHealth.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar infusión en el hogar incluyen los medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, los tubos y los catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención.</li> <li>• Capacitación del paciente y educación que no se cubrirían según el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 por la terapia de infusión en el hogar cubierta por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Atención en un hospicio</b></p> <p>Es posible que reciba atención a través de algún programa de hospicio. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.</li> <li>• Cuidados paliativos a corto plazo.</li> <li>• Atención en el hogar.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de hospicio cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de consulta de hospicios.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.</p>	
<p> <b>Inmunizaciones</b></p> <p><i>Para que las vacunas contra la hepatitis B estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales de ser médicamente necesarias.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Vacuna contra la COVID-19.</li> <li>• Otras vacunas si su salud está en peligro y si estas cumplen con las normas de cobertura.</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Usted paga \$0 por las vacunas cubiertas.</p>
<p><b>Atención para pacientes internados en un hospital</b></p> <p><i>Para que la atención para pacientes internados en un hospital esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>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 lo internan formalmente en el hospital según la indicación del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado en un hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería permanentes.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las internaciones cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Si lo autorizaron a recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red, después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que pueda seguir con la cobertura de su atención.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li> <li>• Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados.</li> <li>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones comunitarios de atención, puede elegir un centro local, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa estándar. Si NaviCare SCO brinda servicios de trasplante en un centro alejado de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige que se realice el trasplante en este centro alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</li> <li>• Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li> <li>• Servicios médicos.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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 en un hospital o un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Atención de salud mental para pacientes internados</b></p> <p><i>Para que la atención de salud mental para pacientes internados esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital.</p>	<p>Usted paga \$0 por las internaciones en un hospital de atención de salud mental cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Estadía para pacientes internados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes internados no cubierta</b></p> <p><i>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 del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>El plan cubre una cantidad ilimitada de días por período de beneficios para recibir 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez que haya llegado a estos límites de cobertura, el plan no cubrirá su estadía en el hospital o SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF).</li> </ul> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos.</li> <li>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).</li> <li>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.</li> <li>• Vendajes quirúrgicos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios para pacientes internados (cuando los días de internación en el hospital o el SNF no tienen cobertura o ya no cuentan con ella).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.</li> <li>• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.</li> <li>• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> </ul>	
<p><b>Cuidado asistencial en instituciones</b></p> <p><i>Para que los servicios de cuidado institucional estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>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. Podría corresponder la responsabilidad financiera del pago del monto a cargo del paciente de MassHealth (Medicaid). Los servicios están cubiertos de acuerdo con las regulaciones del centro de atención de enfermería de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de cuidado asistencial en instituciones cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> <b>Terapia médica nutricional</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una remisión del médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional y dos horas cada año en lo sucesivo. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>Los servicios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres visitas totales de asesoramiento individual complementario sobre terapia médica nutricional cada año para todos los miembros (todos los diagnósticos). Los miembros deben recibir servicios de un nutricionista certificado u otro profesional de nutrición de la red.</li> </ul>	
<p> <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento preventivo y las pruebas de detección de obesidad.</p>
<p><b>Servicios de programa de tratamiento con opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT).</li> <li>• Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde).</li> <li>• Asesoramiento sobre el abuso de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas de toxicología.</li> <li>• Actividades de admisión.</li> <li>• Evaluaciones periódicas.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta cubierta por servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p> <p><i>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 y los estudios del sueño (polisomnografía) estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales de los técnicos y suministros.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes.</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos, como la prueba del cociente internacional normalizado (INR).</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Observación en el hospital para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios y ser considerados 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 de otorgamiento de licencias del estado y los estatutos del personal del hospital o pedir análisis para pacientes externos.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de observación hospitalarios para pacientes externos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p><i>Para que los servicios hospitalarios para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe la obtener autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como entablillados y yesos.</li> <li>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b></p> <p><i>Para que la terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS), la terapia electroconvulsiva (ECT), las pruebas neuropsicológicas y la terapia intensiva para pacientes externos (IOP) estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</li> <li>• Servicios de salud conductual de emergencia.</li> <li>• Observación.</li> <li>• Servicios de apoyo en la comunidad.</li> <li>• Tratamiento diurno.</li> <li>• Programas residenciales.</li> <li>• Estabilización de crisis.</li> <li>• Tratamiento psiquiátrico diario.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por consulta para terapia individual o grupal con o sin un psiquiatra, cubierta por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <p><i>Para que las consultas de fisioterapia estén cubiertas después de la 60.<sup>a</sup> consulta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p><i>Para que las consultas de terapia ocupacional estén cubiertas después de la 60.<sup>a</sup> consulta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p><i>Para que las consultas de terapia del habla estén cubiertas después de la 35.<sup>a</sup> consulta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como</p>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y del habla, cubierta por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p>	
<p><b>Servicios relativos al trastorno por consumo de sustancias, destinados a pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos tienen cobertura cuando son brindados en una clínica o 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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia</li> <li>• Educación del miembro sobre diagnóstico y tratamiento</li> <li>• Acupuntura <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La cobertura incluye tratamientos ilimitados con un acupunturista de la red.</li> </ul> </li> <li>• Mantenimiento con metadona</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las consultas para terapia individual o grupal cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de acupuntura cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><i>Para que las cirugías para pacientes externos estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p><b>Nota:</b> Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Artículos de venta libre</b></p> <p>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 de venta libre (OTC). MassHealth (Medicaid) y NaviCare requieren una receta para los medicamentos con receta y determinados medicamentos de venta libre.</p> <p>Usted recibe una tarjeta Save Now con un subsidio de \$150 cada tres meses (enero, abril, julio y octubre) para usar en artículos de venta libre (OTC), como suministros para primeros auxilios, atención dental, síntomas de resfriado, entre otros. Si el costo de los artículos OTC supera el límite trimestral del beneficio de \$150, usted deberá pagar los costos adicionales.</p>	<p>Usted paga \$0 por los artículos de venta libre cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Con la tarjeta Save Now, usted paga \$0 por los artículos de venta libre aprobados (hasta \$150 cada tres meses). Usted pagará todos los costos que excedan los \$150 cada tres meses.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p><i>Para que los servicios de hospitalización parcial estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un servicio de paciente externo en un hospital o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente internado.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Servicios de asistentes de atención personal (PCA)</b></p> <p><i>Para que los servicios de PCA estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Asistencia práctica con dos o más actividades de la vida cotidiana (ADL), como bañarse, vestirse, asearse, comer, deambular, ir al baño y trasladarse siguiendo las reglamentaciones del programa de PCA de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de PCA cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b></p> <p><i>Para que algunos servicios para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.</li> <li>• Consultas con un especialista y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.</li> <li>• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por nuestro PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: atención primaria, atención especializada, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, tratamiento con opioides y servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en sus viviendas en un centro de diálisis renal basado en hospital o basado en</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por cada consulta con un médico especialista, cubierta por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por cada servicio auditivo de diagnóstico cubierto por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por los beneficios dentales cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas mediante telesalud, cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por el costo de cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o la vivienda del miembro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante cinco o diez minutos <b><u>en los siguientes casos:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo.</li> <li>○ La llamada no se relaciona con una visita en el consultorio realizada en los últimos siete días.</li> <li>○ La llamada no conduce a una visita en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la cita disponible cuanto antes.</li> </ul> </li> <li>• 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 <b><u>en los siguientes casos:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo.</li> <li>○ La evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio realizada en los últimos siete días.</li> <li>○ La evaluación no conduce a una visita en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la cita disponible cuanto antes.</li> </ul> </li> <li>• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.</li> <li>• 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).</li> <li>• <i>Cirugía reconstructiva (Para que las cirugías reconstructivas estén cubiertas, su PCP u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa [aprobación por adelantado] por parte del plan).</i></li> </ul>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía para pacientes a quienes se les ha realizado una mastectomía, para reconstruir la mama en la cual se realizó la mastectomía.</li> <li>○ Cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica.</li> <li>○ Tratamiento de cualquier complicación física debido a una mastectomía, incluidos los linfedemas.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p><i>Para que los servicios de podiatría en un hogar de convalecencia estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las consultas de podiatría cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas de rutina de podiatría, cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta</b></p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$0 por la reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta cubierta.</p>
<p><b>Medicamentos con receta</b></p> <p><i>Para que determinados medicamentos con receta estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p>	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos con receta cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.</b>
<p>La mayoría de los medicamentos con receta cubiertos se pueden surtir para un suministro de hasta 100 días; puede encontrar estos medicamentos en el formulario del plan.</p> <p>Es posible que pueda obtener ciertos medicamentos cubiertos en una farmacia minorista y surtir una receta para un suministro de hasta 90 días. Estos medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en nuestro plan cuando se le trasplantó el órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.</li> <li>• Antígenos.</li> <li>• Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen<sup>®</sup>, Procrit<sup>®</sup>, Epoetin Alfa, Aranesp<sup>®</sup> o Darbepoetin Alfa).</li> <li>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.</li> <li>• 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 enumera en la Lista de medicamentos de venta libre actual de MassHealth. MassHealth (Medicaid) y NaviCare SCO requieren una receta para los medicamentos con receta y determinados medicamentos de venta libre.</li> </ul>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para sus medicamentos.</p>	
<p> <b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectal.</li> <li>• Análisis del antígeno prostático específico (PSA).</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis del PSA y tacto rectal anuales.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p><i>Para que los dispositivos protésicos y suministros relacionados estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Usted paga \$0 por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Prevención de la readmisión</b></p> <p>Después de recibir el alta de un hospital o SNF, 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.</p> <p>Los servicios adicionales pueden ser brindados, según sea necesario, por el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>Usted paga \$0 por la prevención de readmisión cubierta.</p>
<p><b>Servicios de tecnología de acceso remoto (línea directa de enfermería)</b></p> <p>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.</p>	<p>No se requiere copago para acceder a los servicios cubiertos de la línea directa de enfermería.</p>
<p><b>Servicios de tecnología de acceso remoto (tecnologías basadas en la web/el teléfono)</b></p> <p>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, enfermeras practicantes, enfermeras clínicas especialistas y enfermeras parteras.</p>	<p>No hay copago para los servicios tecnológicos cubiertos basados en la web o en el teléfono.</p>
<p><b>Programa de recompensas e incentivos</b></p> <p><u>Recompensas e incentivos para las actividades saludables</u></p> <p>Puede obtener recompensas por consultar a su PCP por un examen físico anual o aplicarse una vacuna preventiva.</p> <p>Los miembros podrían recibir recompensas por completar actividades de salud elegibles durante el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). El monto de la recompensa es hasta un máximo de \$100 por año y se activará mediante la presentación de un reclamo. La finalización de cada actividad, ya sea el examen físico anual/consulta de bienestar o la vacuna preventiva, podría recompensar a los miembros con \$50 por cada actividad en forma de fondos disponibles en la tarjeta Healthy Food.</p>	<p>Usted paga \$0. Puede ganar hasta \$100 anualmente por completar las siguientes actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta física anual o consulta de bienestar calificada</li> <li>• Vacunas preventivas, tales como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vacuna anual contra la gripe</li> <li>○ Vacuna Tdap</li> </ul> </li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>Esta tarjeta Healthy Food puede utilizarse para comprar alimentos o artículos, en comercios minoristas participantes, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vegetales enlatados, frijoles, arroz y pastas.</li> <li>• Vegetales y frutas frescos.</li> <li>• Carne de res, pescado y pollo congelada y fresca.</li> <li>• Productos lácteos y no lácteos refrigerados.</li> <li>• Se dará un máximo de una recompensa por cada actividad de salud por año hasta que llegue al máximo de \$100.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vacuna antineumocócica</li> <li>○ Vacuna contra el herpes</li> <li>○ Vacuna contra la COVID-19</li> </ul>
<p> <b>Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto.</p>
<p> <b>Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>A las personas que reúnan los requisitos, se les cubrirá una LDCT cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> las personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer pulmonar, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes/año y que actualmente fuman o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que tienen una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios para dichas consultas y sean proporcionados por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que</p>	<p>No se cobrará coseguro, copago ni deducible por la consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas cubierta ni por la LDCT.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o auxiliar médico calificado decide ofrecer una consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón subsiguientes mediante la LDCT, la consulta deberá cumplir con los criterios para dichas consultas.</p>	
<p> <b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</b></p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el asesoramiento para beneficios preventivos de las ETS.</p>
<p><b>Servicios para tratar afecciones renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida.</li> <li>• 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).</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) para tratar afecciones y enfermedades renales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial).</li> <li>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).</li> <li>• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.</li> <li>• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos con receta.</p>	
<p><b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p><i>Para que la atención en un centro de atención de enfermería especializada esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>(En el Capítulo 11 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF” por sus siglas en inglés).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.</li> <li>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las internaciones en un centro de atención de enfermería especializada cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.</li> <li>• Servicios de médicos o profesionales.</li> </ul> <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada).</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.</li> </ul>	
<p> <b>Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede ser afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un plazo de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento individual y de grupo para dejar de usar tabaco.</li> <li>• Tratamiento farmacoterapéutico <ul style="list-style-type: none"> <li>○ parches de nicotina</li> <li>○ goma de mascar</li> <li>○ comprimidos para chupar</li> </ul> </li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de los programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubierto.</p> <p>Usted paga \$0 por las clases complementarias adicionales para dejar de fumar, Quit to Win, de Fallon Health.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Programas complementarios adicionales para dejar de fumar y de consumir tabaco de Fallon Health:</b> 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.</p>	
<p><b>Tratamiento de ejercicios supervisado (SET)</b></p> <p>El SET está cubierto para los miembros que tengan la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, y constar de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico.</li> <li>• Proporcionarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en tratamiento de ejercicios para la PAD.</li> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital, tanto básicas como avanzadas.</li> </ul> <p>Se podría cubrir el SET más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período extendido, si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>No se requiere copago para el tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierto.</p>
<p><b>Transporte (médico que no sea de urgencia)</b></p> <p><i>Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia) esté cubierto, usted, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$0 por los viajes médicos que no sean de urgencia cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>Taxi necesario y transporte en coche salón por motivos médicos, dentro de la Mancomunidad de Massachusetts.</p> <p>Además, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte médico calificado no urgente.</p> <p>El transporte, incluidos los reembolsos a amigos y familiares, debe coordinarse y organizarse durante el horario de atención de Fallon, llamando al proveedor de transporte del plan. Sugerimos hacer estos arreglos con al menos dos días hábiles de anticipación.</p>	
<p><b>Transporte (que no sea de urgencia ni médico)</b></p> <p><i>Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia ni médico) esté cubierto, usted, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>El plan cubrirá un total de 140 viajes de ida o vuelta por año en ambulancia, cuando estén autorizados como médicamente necesarios, camioneta/camioneta adaptada para sillas de ruedas, servicios de viajes compartidos o taxi a lugares como la tienda de comestibles o los servicios religiosos. Los traslados se limitan a un radio de un máximo de 30 millas desde el punto donde se pasa a buscar al miembro.</p> <p>Asimismo, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte médico calificado no urgente que se indica arriba.</p> <p>El transporte, incluidos los reembolsos a amigos y familiares, debe coordinarse y organizarse durante el horario de atención de Fallon, llamando al proveedor de transporte del plan. Sugerimos hacer estos arreglos con al menos dos días hábiles de anticipación.</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 140 viajes de ida o vuelta cubiertos por MassHealth (Medicaid) por año.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Los servicios de urgencia son servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido por servicios de urgencia fuera de la red es el mismo que por los mismos servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$0 por las consultas de atención de urgencia cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</li> <li>• Para las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</li> <li>• A las personas con diabetes se les cubre una prueba de detección de la retinopatía diabética por año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</li> <li>• Exámenes de la vista de rutina.</li> <li>• Lentes de contacto y un juego de anteojos por año.</li> <li>• Correcciones o reemplazo de anteojos.</li> <li>• Dos nuevos pares de anteojos, lentes de contacto, lentes y marcos o mejoras de hasta el límite en la cobertura del plan de \$570 por año calendario. Los artículos deben comprarse en un proveedor de la red de EyeMed. Usted</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención de la vista cubiertos por MassHealth (Medicaid), incluidos los dispositivos de ayuda para baja visión.</p> <p>Usted paga \$0 por los anteojos complementarios (hasta un límite de \$570 por año). Usted paga todos los cargos mayores a \$570 por año.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que le corresponde pagar</b> cuando obtiene estos servicios.
<p>paga todos los cargos mayores a \$570. Se aplican las siguientes exclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promociones o cupones de comercios.</li> <li>○ Un par de anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</li> <li>○ Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.</li> <li>○ Lentes o lentes de contacto no recetados.</li> <li>○ Lentes de sol no recetados.</li> </ul>	
<p><b>Pelucas</b> Las pelucas están cubiertas para los miembros que padecen pérdida de cabello como resultado del tratamiento de cualquier forma de cáncer o leucemia, hasta el límite de cobertura del plan de \$ 400 por año calendario. Usted paga todos los cargos mayores a \$400.</p>	<p>Usted paga \$0 por las pelucas cubiertas por MassHealth (Medicaid), hasta \$ 400 por año.  Usted paga todos los cargos mayores a \$400 por año.</p>

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que no están cubiertos por el plan (exclusiones)**

En esta sección, se describen los servicios que se “excluyen”. El término “excluyen” significa que el plan no brinda cobertura para estos servicios.

La tabla detallada abajo describe algunos servicios y artículos que no cubre el plan en ninguna circunstancia o cubre solo en determinadas condiciones específicas.

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que se enumeran en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas que se detallan. La única excepción: pagaremos si en una apelación respecto de un beneficio médico de la tabla que se encuentra a continuación se determina que se trataba de un beneficio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla que aparece a continuación.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios no cubiertos por NaviCare SCO</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
Acupuntura	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Servicios de terapia de masajes Tui Na y orientales</p>	
Todos los servicios, procedimientos, tratamientos, medicamentos y suministros relacionados con los reclamos de compensación laboral.	<p style="text-align: center;">✓</p>	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Con cobertura en casos de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de un miembro malformado.</p> <p>Con cobertura para todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.</p>
Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.	<p style="text-align: center;">✓</p>	
Adaptaciones para la accesibilidad al entorno (modificaciones del hogar).		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios no cubiertos por NaviCare SCO</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y MassHealth (Medicaid) determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Solo tienen cobertura cuando nuestro plan y MassHealth (Medicaid) determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>
<p>Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>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.</p>
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las pautas de los servicios continuos de enfermería y los criterios de MassHealth.</p>
<p>Servicios/procedimientos y suministros de medicina funcional (incluidos análisis de laboratorio y suplementos). La medicina funcional incluye a la medicina alternativa, holística y naturopática.</p>	<p>✓</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

Servicios no cubiertos por NaviCare SCO	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
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 esta Evidencia de cobertura.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no sea de rutina, como empastes, coronas o tratamiento de canal radicular.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Zapatos ortopédicos.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Servicios de atención personal no cubiertos por MassHealth (Medicaid), incluidos servicio de niñera, recreación, supervisión, instrucciones o indicaciones verbales o capacitación vocacional.	✓	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios no cubiertos por NaviCare SCO</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, 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.	✓	
Habitación individual en un hospital.		✓ Con cobertura únicamente cuando sea médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK.	✓	
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención dental de rutina, como exámenes preventivos o limpiezas.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Cuidado de los pies de rutina		✓ Puede estar cubierto como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Autorremisión a proveedores fuera de la red del plan.		✓ Atención de urgencia y de emergencia, y diálisis fuera del área.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con las normas de MassHealth (Medicaid)	✓	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**

<b>Servicios no cubiertos por NaviCare SCO</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
<p>Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.</p>	✓	
<p>Servicios prestados por proveedores que no pertenecen al plan, excepto por la atención de emergencia médica y la atención de urgencia, los servicios de diálisis renal (de los riñones) que utilice cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de NaviCare SCO, y la atención de proveedores que no pertenecen al plan, que sea coordinada con autorización previa de NaviCare SCO.</p>	✓	
<p>Transporte a citas para una persona que no sea el miembro.</p>	✓	

# CAPÍTULO 5

*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)*

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)**

---

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>103</b>
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos con receta y de venta libre (OTC).....	103
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura para medicamentos con receta del plan .....	103
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan .....</b>	<b>104</b>
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red.....	104
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	104
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan .....	105
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	107
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan.....	108
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” o “Lista de medicamentos OTC” del plan .....</b>	<b>109</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos con receta están cubiertos y la “Lista de medicamentos OTC” le indica qué medicamentos de venta libre están cubiertos .....	109
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	110
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos .....</b>	<b>110</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	110
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones? .....	111
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? .....	112
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? .....</b>	<b>112</b>
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.....	112
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?.....	113

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....</b>	<b>115</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año .....	115
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando? .....	116
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....</b>	<b>118</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	118
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta.....</b>	<b>119</b>
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro.....	119
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? .....	119
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de recetas en situaciones especiales .....</b>	<b>119</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? .....	119
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	120
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?.....	120
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos .....</b>	<b>121</b>
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura .....	121
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura .....	122
Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	123

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos con receta y de venta libre (OTC)

En este capítulo, se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos con receta y de venta libre.

Además de su cobertura para los medicamentos con receta y de venta libre, NaviCare SCO también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan.

- El plan cubre los medicamentos proporcionados durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*), se detallan los beneficios de los medicamentos durante las estadias cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada.
- NaviCare SCO también cubre determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*), se detalla este beneficio.

#### Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura para medicamentos con receta del plan

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada) para dar recetas.
- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar MassHealth (Medicaid). La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. De no ser así, tenga en cuenta que a la persona autorizada a dar recetas le lleva tiempo presentar los documentos necesarios que deben procesarse.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”* o la “Lista de medicamentos OTC”).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

(Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

---

### **SECCIÓN 2      Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan**

---

<b>Sección 2.1      Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red</b>
---

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 2.2      Cómo encontrar farmacias de la red</b>
--

#### **¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web ([fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)) o llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior, encontrará impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado, y tiene que reponer un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

#### **¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?**

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También, puede encontrar información en nuestro sitio web [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

### ¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en casa. Pueden estar cubiertas 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 servicios de infusión en el hogar por parte de una farmacia de la red del plan.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar en su área una farmacia para el tratamiento de infusión en el hogar. Si desea obtener más información, comuníquese con el Servicio para los inscritos.

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de medicamentos con receta de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que, generalmente, es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos con receta en un centro de LTC, póngase en contacto con el Servicio 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 (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están 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, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan</b>
--------------------	--

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. 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.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto encontrará detallados los números de teléfono).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo demorará entre 10 y 15 días como máximo en llegar. 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 de un pedido por correo, puede comunicarse con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) para evaluar las opciones, que pueden incluir obtenerlo en una farmacia minorista local o acelerar el 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.

### **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de proveedores de atención médica, sin consultarlo antes con usted, en los siguientes casos:

- Usted utilizó servicios de pedido por correo de este plan con anterioridad.
- Usted se inscribió para recibir una entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Podría solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento, llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Si recibe automáticamente una receta por correo que no desea y no se comunicaron con usted para consultarle si la quería antes de enviarla, comuníquese con nosotros al 1-844-657-0494.

Si utilizó el servicio de pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe directamente todas las recetas nuevas, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Si nunca utilizó nuestra entrega del pedido por correo o decide suspender los surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para consultarle si desea que se le envíe el medicamento de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluidas la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de cancelar o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta para evitar demoras en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

**Reposiciones de recetas médicas de pedido por correo.** Para obtener reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de registrarse en un programa de reposición automática. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su reposición siguiente automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está por quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si elige no utilizar nuestro programa de reposición automática, póngase en contacto con su farmacia con siete a diez días hábiles de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán, a fin de asegurarse de que el próximo pedido se le envíe 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 (TRS 711).

A fin de que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes de realizar el envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted. Para informarnos su método de contacto preferido, llame al 1-844-657-0494 (TRS 711).

### Sección 2.4      Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) 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). Puede pedir este suministro a través del servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para los inscritos para obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)****Sección 2.5      Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan****En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- 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.

En estos casos, **primero consulte al Servicio para los inscritos** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

**¿Cómo solicitar un reembolso al plan?**

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el total de la receta cuando la surta. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo que nos correspondía. (En la Sección 2.1 del Capítulo 6, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)**

---

---

**SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” o “Lista de medicamentos OTC” del plan**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos con receta están cubiertos y la “Lista de medicamentos OTC” le indica qué medicamentos de venta libre están cubiertos</b>
--------------------	--

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. MassHealth (Medicaid) selecciona y aprueba los medicamentos que se incluyen en la Lista de medicamentos de venta libre (OTC).

La Lista de medicamentos de venta libre (OTC) le indica qué medicamentos OTC (con una receta) están cubiertos por la cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- Esté respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema informático DRUGDEX.

**La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos**

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

### Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

Los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por su cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid) no están incluidos en la Lista de medicamentos. Para averiguar qué medicamentos OTC están cubiertos (con una receta) por su cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid), consulte la Lista de medicamentos de venta libre.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún programa de Opciones de atención para personas mayores cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en nuestra Lista un medicamento en particular.

<b>Sección 3.2</b>	<b>¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?</b>
--------------------	---

Hay 4 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos de forma electrónica.
2. Visitar el sitio web del plan ([fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los inscritos para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).
4. Consulte la Lista de medicamentos de venta libre más reciente que le proporcionamos de forma electrónica.

---

## **SECCIÓN 4** Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</b>
--------------------	--

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura para medicamentos de estos en un nivel más asequible.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

### **Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.**

Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

<b>Sección 4.2</b>	<b>¿Qué tipos de restricciones?</b>
--------------------	-------------------------------------

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las siguientes secciones le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **Cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor ha escrito “sin sustitución” en su receta para un medicamento de marca, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

### **Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado**

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

### Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le produce ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

### Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener limitando la cantidad de medicamento que puede adquirir cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?</b>
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o visite nuestro sitio web ([fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)).

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si hay una restricción en el medicamento que quiere tomar, debe ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos para ver qué tendría que hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

---

## **SECCIÓN 5**      **¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera</b>
--------------------	--

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando actualmente o uno que usted o su proveedor piensen que debería estar tomando y que no figura en nuestro Formulario o figura en nuestro Formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que tiene que tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?</b>
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

### **Puede obtener un suministro temporal**

En determinadas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

### 1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 en este capítulo se explican las restricciones).

### 2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año anterior:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 108 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo y durante los primeros 108 días del año calendario si estuvo en el plan el año anterior.** Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, le permitiremos surtirla varias veces hasta llegar a un suministro de 30 días del medicamento como máximo. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan durante más de 108 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato, haremos lo siguiente:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto se agrega a la situación de suministro temporal ya mencionada.

- **Para los miembros que han sido ingresados o dados de alta de un centro de atención a largo plazo (LTC), haremos lo siguiente:**

Si es necesario, cubriremos una reposición temprana para sus medicamentos.

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

### Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para los inscritos y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

### Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 8 les indica qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que MassHealth (Medicaid) ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

---

## SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año</b>
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)****Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?****Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos**

Cuando se introducen modificaciones a la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir las modificaciones que se hubieran producido desde la última actualización. A continuación, indicamos los momentos en los que recibiría un aviso directo en el caso de que se realizaran modificaciones a un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio para los inscritos para obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

**¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?**

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o modificamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones)**
  - Podríamos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazaremos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o en uno inferior, y que tendrá las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos.
  - Es posible que no le informemos antes de realizar tal cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca.
  - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).
  - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que realizamos. También incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - De vez en cuando, algún medicamento se puede retirar repentinamente del mercado porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos en la Lista de medicamentos**
  - Una vez comenzado el año, podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambos. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas. Debemos notificarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle sobre el cambio y darle una reposición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

**Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento:** Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo por un medicamento genérico de un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que consulte la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver los cambios en los medicamentos.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)****SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que ni nuestro plan ni MassHealth (Medicaid) pagan estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine en apelación que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 8 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por MassHealth (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se describen tres normas generales sobre los medicamentos que no están cubiertos:

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto del indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema informático DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por el plan.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre), a menos que figuren en nuestra Lista de medicamentos OTC.
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado, a menos que esté recetado y cubierto por nuestro beneficio OTC.
- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor, a menos que figuren en nuestra Lista de medicamentos OTC.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se comprendan exclusivamente al fabricante.

---

### SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Muestre la tarjeta de miembro</b>
--------------------	--------------------------------------

Para obtener un medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan su medicamento con receta cubierto. Debe pagar un copago de \$0 para los medicamentos con receta cubiertos y los medicamentos OTC cuando obtenga sus medicamentos en una farmacia de la red como miembro de NaviCare SCO.

<b>Sección 8.2</b>	<b>¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?</b>
--------------------	---

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después puede pedir que le **reembolsemos** el costo que nos correspondía. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

---

### SECCIÓN 9 Cobertura de recetas en situaciones especiales

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?</b>
--------------------	--

Si ingresa en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

### Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea 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 forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

### ¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 108 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 108 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura para este medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos, si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 8 les indica qué hacer.

### Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero. Sin embargo, esto no se aplica si usted

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

tiene acceso a un seguro médico que no sea Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, según se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR. Para obtener más información sobre la elegibilidad, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 1.

### Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “acreditable”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable** porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

---

## SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

---

<b>Sección 10.1</b>	<b>Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura</b>
---------------------	--

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)

---

- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

<b>Sección 10.2</b>	<b>Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura</b>
---------------------	---

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o determinadas farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podríamos consultar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados o benzodiazepinas no es seguro, podríamos limitar las formas en que obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones podrían 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 un médico determinado.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides y benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si consideramos que en su caso se deberían aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta incluirá información que le explicará las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a su caso. También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la posibilidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de cometer un uso indebido de medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o la enfermedad de células falciformes, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)****Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas y tienen costos elevados de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios por medio de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta o de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Se recomienda hacer que revisen sus medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (junto con su tarjeta de identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC)****SECCIÓN 11 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos.****Sección 11.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos**

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por los mismos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, siempre y cuando realice lo siguiente:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 6 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

Tenga en cuenta que los miembros de NaviCare no son responsables de cubrir ningún costo de los medicamentos o servicios cubiertos.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

# CAPÍTULO 6

*Cómo solicitarnos que paguemos  
una factura que usted recibió en  
concepto de servicios médicos o  
medicamentos cubiertos*

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>127</b>
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso .....	127
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió .....</b>	<b>129</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago .....	129
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no .....</b>	<b>130</b>
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento .....	130
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación .....	130
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias .....</b>	<b>131</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo .....	131

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos****SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso**

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Usted no debe recibir ninguna factura en concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan**, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan, así no tiene ningún costo por los servicios cubiertos. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

**1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o servicios de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

**2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar**

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos el costo de sus servicios cubiertos.

**3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Para obtener información adicional sobre cómo solicitar la devolución y los plazos para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

**4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

**5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

## Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

### 6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 8 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

## SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

### Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagados a esta dirección:

**Reclamaciones médicas  
(servicios que obtiene en el consultorio del proveedor):**  
Fallon Health  
P.O. Box 211308  
Eagan, MN 55121-2908  
Correo electrónico:  
reimbursements@fallonhealth.org

**Reclamos relacionados con la farmacia  
(servicios que obtiene en la farmacia):**  
OptumRx Claims Department  
P.O. Box 650287  
Dallas, TX 75265-0287

**Debe enviarnos su reclamo dentro de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo y dentro de los **tres años** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

## Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Si usted recibe facturas y no sabe qué tiene que hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

### SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener medicamentos con receta cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o bien, si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos el medicamento o la atención. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explica las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”.

## **Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 8 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación para obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 8.
- Si desea hacer una apelación para obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 8.

---

### **SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo</b>
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo.

A continuación, se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

#### **Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia a fin de informarnos sobre sus gastos de su bolsillo.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Debido a que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo.

Puesto que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera como una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

# CAPÍTULO 7

*Sus derechos y responsabilidades*

## **Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan reconoce sus necesidades específicas y mantiene una relación mutuamente respetuosa con usted .....</b>	<b>134</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	134
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos .....	134
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud .....	135
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos .....	140
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención .....	143
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado.....	145
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	145
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos y realizar recomendaciones relacionadas con nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros .....	146
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....</b>	<b>147</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	147

---

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan reconoce sus necesidades específicas y mantiene una relación mutuamente respetuosa con usted**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	---

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personal disponible para responder las preguntas de los miembros que tienen alguna discapacidad y no hablan español. Si lo necesita, también podemos proporcionarle servicios de interpretación gratuitos e información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno.

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 al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso, llame para presentar una queja al Departamento de Apelaciones y quejas de los miembros al 1-800-333-2535 ext. 69950 (TRS 711). También puede presentar una reclamación ante MassHealth llamando al Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Servicio para los inscritos para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a reponerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos dentro de un período razonable, la Sección 8 del Capítulo 8 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 8 le explica lo que puede hacer).

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

## **Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros**

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

El registro de afiliados centralizado (CER) está centrado en el inscrito y contiene toda la actividad y las autorizaciones creadas por los miembros del equipo de atención primaria (PCT) de NaviCare en su nombre. Además, la actividad completada por el equipo o los especialistas en atención de enfermería para pacientes internados de Fallon Health mientras usted estuvo en un centro para pacientes internados también se incluye en este sistema. Esta información es parte de su conjunto de registros designados y, según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto a esta información. Usted o sus representantes autorizados tienen derecho a solicitar una copia de la documentación del CER y a solicitar que se enmiende o corrija. Si usted nos pide que se corrija o enmiende, consideraremos su solicitud y decidiremos si los cambios deben realizarse. Si el registro en cuestión es de un proveedor, lo dirigiremos a su proveedor de atención médica con respecto a dicha solicitud. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias impresas. Llame al Servicio para los inscritos de NaviCare al 1-877-700-6996 para obtener asistencia sobre cómo recibir las copias de su CER o cómo enmendar la documentación del CER.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

## **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.**

### **En vigencia a partir del 28 de enero de 2020**

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 o de salud mental. 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 entregar su PHI a nuestros socios comerciales, compañías de procesamiento de reclamos y terceros que procesen nuestros reclamos 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. A veces, esto puede incluir la revelación de su información al patrocinador de su plan de salud. 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 su atención, 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) **Procedimiento 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.
- 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.** Si usted es un militar activo o veterano, según lo exijan las autoridades de comando militar. 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 cumplimiento 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 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 mental y VIH/sida, y leyes 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 el 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. No obstante, no estamos obligados por ley a aceptar dicha 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 cualquier Autorización para divulgar información que firmó previamente se revoque; sin embargo, toda divulgación realizada mientras su autorización estaba en vigencia no se verá afectada por dicha 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. Podríamos rechazar su solicitud de enmendar si no fuimos nosotros quienes creamos la PHI, no se trata de información que conservamos, no se trata de información que usted tiene permitido inspeccionar o copiar (como notas de psicoterapia), o determinamos que la PHI es precisa y 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 modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, o en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo electrónico en el siguiente envío de correos anual.
- 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 pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos respecto a la utilización, la divulgación o el acceso a su PHI, podría presentar una reclamación ante nosotros comunicándose con el funcionario de privacidad a la dirección y el número de teléfono 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 una reclamación o presentarlo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

**Dirija todas sus preguntas o reclamaciones a la siguiente dirección:**

Fallon Health  
Attention: Privacy Officer  
10 Chestnut Street  
Worcester, MA 01608

Teléfono: 1-800-868-5200 (TTY 711)  
Fax: 1-508-831-1136

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos</b>
--------------------	---

En su condición de miembro de NaviCare SCO, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de

apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros programas de Opciones de atención para personas mayores.

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare).
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Los servicios de planificación familiar en cualquier proveedor de planificación familiar contratado están cubiertos. También puede consultar a su PCP para los servicios de planificación familiar. Cualquier servicio de planificación familiar fuera de la red exigirá una autorización previa del plan. Llame al Servicio para los inscritos al 1-877-700-6996 si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar.
  - Para obtener los detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta y la cobertura de medicamentos de venta libre, consulte el Capítulo 5 de este folleto, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y la *Lista de medicamentos de venta libre* del plan. En este capítulo, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y la *Lista de medicamentos de venta libre*, se describe qué medicamentos están cubiertos y se explican las normas con las que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico, un medicamento de venta libre o medicamento con receta no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricciones, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.

- Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica, medicamento OTC o medicamento con receta están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también explica cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió en concepto de atención médica o de un medicamento con receta, consulte el Capítulo 6 de este folleto.
- **Información acerca de cómo evaluamos la inclusión de la nueva tecnología como un beneficio cubierto.**
  - Fallon Health evalúa 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 Technology Assessment Committee.
  - 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.
  - Fallon Health usa organizaciones de investigación externas, que realizan revisiones de la documentación disponible sobre un cierto procedimiento. Cuando es necesario, Fallon Health solicita información a especialistas o profesionales con conocimiento 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).
  - Fallon Health tiene un proceso separado, pero similar, para evaluar los nuevos medicamentos y nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos realiza las revisiones.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	---

### **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este folleto indica cómo pedirle al plan 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 se encuentra en una situación de abuso, negligencia o explotación intencional o no intencional, comuníquese con su administrador de atención, otro miembro de su equipo de atención primaria o Servicios para inscritos (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este libro). Si siente que se encuentra ante un caso de abuso, negligencia o explotación y es una emergencia, llame al 911.

## **Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento vital**” y “**poder de representación para las decisiones de atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada”, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un Formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre MassHealth (Medicaid).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este Formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que estará internado en un hospital y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un Formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un Formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde que es su elección llenar o no un Formulario de instrucciones anticipadas** (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

### ¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una reclamación:

#### **Contra un hospital:**

Department of Public Health  
Division of Health Care Facility  
Licensure & Certification  
Complaint Intake Unit  
99 Chauncy St.  
Boston, MA 02111  
1-800-462-5540

#### **Contra un médico particular:**

Consumer Protection Coordinator  
Board of Registration in Medicine  
200 Harvard Mill Square, Suite 330  
Wakefield, MA 01880  
1-800-377-0550  
TTY: 1-781-876-8395

<b>Sección 1.6</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado</b>
--------------------	--

El Capítulo 8 de este folleto le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamaciones. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una reclamación. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una reclamación, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y las reclamaciones que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?</b>
--------------------	--

### **Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

### ¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar al Servicio al Cliente de MassHealth** al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

<b>Sección 1.8</b>	<b>Cómo obtener más información sobre sus derechos y realizar recomendaciones relacionadas con nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros</b>
--------------------	---

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar al Servicio al Cliente de MassHealth** al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Tiene derecho a realizar recomendaciones relacionadas con las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de Fallon Health. Para realizar recomendaciones, puede llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 1.9</b>	<b>Igualdad de la atención de salud mental</b>
--------------------	--

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención médica administrada, incluida NaviCare SCO, brinden servicios de salud conductual a los miembros de MassHealth 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. NaviCare SCO debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias que pueda tener que para otros problemas físicos.
2. NaviCare SCO debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento para los servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias similares a los de los servicios de salud física.

3. NaviCare SCO debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por NaviCare SCO con respecto a la autorización previa cuando usted o su proveedor lo solicite.
4. NaviCare SCO también debe proporcionarle, dentro de un plazo razonable, la razón de cualquier denegación de autorización de servicios de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias.

Si considera que NaviCare SCO no está brindando la paridad que se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante NaviCare SCO. Para obtener más información sobre las quejas y sobre cómo presentarlas, consulte el Capítulo 8 de este manual.

También puede presentar una queja ante MassHealth. Puede hacerlo llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Para obtener más información, consulte la Sección 450.117(J) del Título 130 del CMR.

---

## **SECCIÓN 2      Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

<b>Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?</b>
--

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura, conocerá lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta y OTC.
- **Si tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** Llame al Servicio para los inscritos a fin de informarnos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Como se indica en la Sección 2.1 del 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 la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por MassHealth (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Infórmeles a su médico y otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta y medicamentos OTC.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También, esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
  - **Incluso si se muda dentro del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio para los inscritos para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar al Servicio para los inscritos están impresos en la portada posterior de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

# CAPÍTULO 8

*Qué debe hacer si tiene un problema  
o una reclamación (decisiones de  
cobertura, apelaciones,  
reclamaciones)*

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

---

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>152</b>
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja .....	152
Sección 1.2	Acerca de los términos legales .....	152
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros .....</b>	<b>153</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	153
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Manejo de problemas con sus beneficios .....</b>	<b>153</b>
Sección 3.1	¿Debería usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamaciones? .....	153
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....</b>	<b>154</b>
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general .....	154
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	155
Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?.....	156
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>157</b>
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.....	157
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea).....	159
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan).....	162
Sección 5.4	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica? .....	165
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicamentos con receta: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>166</b>
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento con receta o si quiere que le reembolsemos un medicamento con receta .....	166

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Sección 6.2	¿Qué es una excepción? .....	168
Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones .....	170
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	170
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) .....	174
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....</b>	<b>177</b>
Sección 7.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) .....</i>	<i>177</i>
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo .....	178
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....</b>	<b>179</b>
Sección 8.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamaciones? .....	179
Sección 8.2	El nombre formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja” .....	181
Sección 8.3	Paso a paso: Presentación de una reclamación.....	182
<b>PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID.....</b>		<b>183</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo apelar ante el Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid) .....</b>	<b>183</b>
Sección 9.1	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 de MassHealth (Medicaid) .....	183
Sección 9.2	Otras apelaciones sobre la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) .....	185

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos.
2. El tipo de problema que tenga:
  - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
  - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamaciones**.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una reclamación” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

#### Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

#### También, puede obtener ayuda e información de MassHealth (Medicaid).

Para obtener información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con MassHealth (Medicaid). Si rechazamos total o parcialmente la apelación que presenta, puede solicitar la revisión del Consejo de Audiencias (BOH) de MassHealth (Medicaid). Para obtener ayuda del Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid), puede llamar al 1-800-655-0338 o 1-617-210-5800. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-665-9997.

### SECCIÓN 3 Manejo de problemas con sus beneficios

#### Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamaciones?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o reclamaciones relacionados con los **beneficios**.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios, utilice esta tabla:

### ¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

**No.** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 8** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes”**.

---

## SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

<b>Sección 4.1</b>	<b>Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general</b>
--------------------	---

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

### Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos que tomemos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que ya no tiene cobertura de MassHealth (Medicaid) para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos 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 hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes a las que toman la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En algunas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o “decisión rápida de cobertura”, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si se rechaza la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede solicitar una audiencia imparcial ante el Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

<b>Sección 4.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación</b>
--------------------	--

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Nos puede llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre.
  - Para los medicamentos con receta, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) y pida el Formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en nuestro sitio web [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)). El Formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El Formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del Formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?</b>
--------------------	--

Existen tres tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Medicamentos con receta: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

---

### SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---



**¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.**

<b>Sección 5.1</b>	<b>Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención</b>
--------------------	---

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
  2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
  3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
  4. Recibió atención médica, y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
  5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que habíamos aprobado previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
- **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se**

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

- Sección 7 de este capítulo: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Averiguar si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, <b>Sección 5.2.</b>
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Vaya a la <b>Sección 5.3</b> de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

#### Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una “**determinación de la organización**”.

**Paso 1:** Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”.

#### Términos legales

Una “**decisión rápida de cobertura**” se denomina una “**determinación acelerada**”.

#### *Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

#### *Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión*

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.

- En el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “**reclamación rápida**” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 8 de este capítulo).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

*Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”*

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico.**
  - En el caso de una **solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 8 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le informará que, si su médico pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 8 de este capítulo).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### **Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.**

#### *Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura*

- Generalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud para artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 8 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

#### *Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura*

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre su solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 8 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### **Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una “ <b>reconsideración</b> ” del plan.

**Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

#### *Qué hacer*

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
  - Si un tercero, que no sea su médico, apela nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el Formulario, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) y solicite el Formulario de “Nombramiento de un representante”. También, está disponible en nuestro sitio web [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el Formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llame al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica).**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se demoró al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.**
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### *Plazos límite para una apelación “rápida”*

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que le informamos sobre nuestra decisión. Luego, también puede presentar una apelación ante el Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid). Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información.

### *Plazos límite para una apelación “estándar”*

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le proporcionaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 8 de este capítulo).
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que le informamos sobre nuestra decisión. Luego, también puede presentar una apelación ante el Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid). Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)****Sección 5.4                    ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos una factura que ha  
recibido en concepto de atención médica?**

**Los miembros de NaviCare no tienen costos compartidos por los servicios cubiertos. Si ya ha pagado los servicios o artículos de Medicaid cubiertos por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero** (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

**La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra**

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto, *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

**Aceptaremos o rechazaremos su solicitud**

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### ¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3.** Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).

---

## SECCIÓN 6 Medicamentos con receta: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---



**¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.**

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento con receta o si quiere que le reembolsemos un medicamento con receta</b>
--------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos con receta.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento con receta”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos con receta, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y normas y restricciones respecto de la cobertura, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre [OTC]*).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### Decisiones de cobertura y apelaciones

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos con receta se denomina una “ <b>determinación de cobertura</b> ”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos con receta:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento con receta que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la <b>Sección 6.2</b> de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la <b>Sección 6.4</b> de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la <b>Sección 6.4</b> de este capítulo.
Si le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

### Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar la receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento con receta para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

### Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

### Términos legales

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones “**excepción al formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
  - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
  - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
  - *Límites de cantidades.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

#### Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas 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.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

#### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. 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 una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 de este capítulo indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

**Paso 1:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

#### *Qué hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una*

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

*decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta.* O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque el apartado denominado *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que recibió.*

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4.2 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 6 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 6, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3 de este capítulo.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de nuestro plan, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Tiene la opción de completar y enviar el Formulario de solicitud de determinación de cobertura por Internet.** Para ello, ingrese en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare) y haga clic en el enlace “Request for Medicare Part D prescription coverage determination” (Solicitud de determinación de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare). Complete todos los campos obligatorios y luego haga clic en “Submit” (Enviar).

*Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”*

### Términos legales

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “**determinación acelerada de cobertura**”.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le informará que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una reclamación sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una reclamación “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas después de recibida la reclamación. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar reclamaciones, consulte la Sección 8 de este capítulo).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### **Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.**

#### *Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura*

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

#### *Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido*

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

#### *Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró*

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

### **Paso 3:** Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

<b>Sección 6.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

Términos legales
------------------

Una apelación al plan sobre una decisión sobre la cobertura para medicamentos se llama una “redeterminación” del plan.
--

**Paso 1:** Nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

#### *Qué hacer*

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
  - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax, correo o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta*).
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos*).
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito.**

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Tiene la opción de completar y enviar la solicitud de apelación por Internet, ingresando en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare) y haciendo clic en el enlace “Request for a Part D appeal” (Solicitud de apelación de la Parte D). Complete todos los campos obligatorios y luego haga clic en “Submit” (Enviar).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

*Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas 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”*

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápida si su salud así lo requiere.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### *Plazos límite para una apelación “estándar”*

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los siete días calendario** después de recibida su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.**

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)****SECCIÓN 7      Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo  
algunos servicios médicos si siente que su cobertura  
está terminando demasiado pronto**

<b>Sección 7.1</b>	<b><i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i></b>
--------------------	---

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una reclamación. La Sección 8 de este capítulo le indica cómo presentar una reclamación).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación, revisamos su apelación y decidimos si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Estos son los pasos:

Términos legales
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ <b>apelación acelerada</b> ”.

#### **Paso 1: Contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### **Paso 2:** Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Normalmente, si presenta una apelación a nuestro plan y pide una “revisión rápida”, se nos permite decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y darle una “revisión rápida”. Pero, en esta situación, las normas requieren que le demos una respuesta rápida si usted la solicita.

## **SECCIÓN 8**      **Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

### **Sección 8.1**      **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamaciones?**

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar una reclamación. El proceso de reclamaciones se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamaciones.

**Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una reclamación”**

Reclamación	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?</li> </ul>

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

<b>Reclamación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en el Servicio para los inscritos?</li> <li>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio para los inscritos u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?</li> </ul>
<b>Información que obtiene de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle?</li> <li>• ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?</li> </ul>

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Reclamación	Ejemplo
<p><b>Oportunidad</b> (Estos tipos de reclamaciones se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las <b>secciones 4 a 7</b> de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamaciones.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una reclamación por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una reclamación.</li> <li>• Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una reclamación.</li> <li>• Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una reclamación.</li> </ul>

### Sección 8.2 El nombre formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja”

#### Términos legales

- En esta sección, una “**reclamación**” también se denomina “**queja**”.
- Otro término para “**presentar una reclamación**” es “**interponer una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para reclamaciones**” es “**usar el proceso para presentar una queja**”.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)****Sección 8.3 Paso a paso: Presentación de una reclamación****Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar al Servicio para los inscritos.** Si hay algo que necesite hacer, el Servicio para los inscritos se lo indicará. El número de teléfono del Servicio para los inscritos es 1-877-700-6996 (TRS 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamación por escrito y enviárnosla.** Si presentó 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, 10 Chestnut St., Worcester, MA 01608. Para quejas orales, llame a Fallon Health al 1-800-325-5669 (TRS 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana) y solicite que se presente una queja en su nombre. 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. La queja debe presentarse dentro de los 60 días siguientes al evento o incidente. 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.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos de inmediato.** La reclamación debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.
- **Si presenta una reclamación porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una reclamación “rápida”.** Si se le ha concedido una reclamación “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

**Términos legales**

En esta sección, una “**reclamación rápida**” también se denomina “**queja acelerada**”.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### **Paso 2: Analizaremos su reclamación y le daremos una respuesta.**

- **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 su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamación. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la reclamación o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la reclamación o no.

## PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

### **SECCIÓN 9      Cómo apelar ante el Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid)**

#### **Sección 9.1      Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 de MassHealth (Medicaid)**

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 sobre un beneficio cubierto por MassHealth Standard (Medicaid), puede solicitar una revisión independiente del Consejo de Audiencias (BOH) de MassHealth (Medicaid). Durante la apelación de Nivel 2, el BOH revisa nuestra decisión de su primera apelación. Dicho Consejo determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

**Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2 de MassHealth (Medicaid), usted (o su representante, médico u otra persona autorizada para dar recetas) debe ponerse en contacto con el Consejo de Audiencias y pedir una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante el BOH. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con el BOH.
- Si decide solicitar una apelación externa, **usted** debe presentar la solicitud de audiencia por escrito ante el BOH en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de envío por correo del aviso de denegación de NaviCare SCO (o, en el caso de que el plan no resuelva su apelación de forma oportuna, en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que caducó el plazo del plan para resolver dicha apelación). Nuestro Departamento de

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Apelaciones y quejas de los miembros puede ayudarlo con este proceso, **pero es su responsabilidad (o la de su representante) enviar la solicitud y hacerlo en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de envío por correo del aviso de denegación.** Las solicitudes de audiencia deben enviarse a:

Executive Office of Health and Human Services  
Board of Hearings  
Office of Medicaid  
100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> floor  
Quincy, MA 02171  
O bien por fax al 1-617-847-1204

- Cuando presente una apelación ante el BOH, le enviaremos a dicho Consejo la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle al BOH información adicional para sustentar su apelación.

### **Derecho a continuar con los servicios:**

- Si corresponde, puede optar por seguir recibiendo los servicios solicitados de NaviCare SCO durante el proceso de las apelaciones estándares o aceleradas ante el BOH. Si quiere continuar recibiendo estos servicios, usted o su representante de apelaciones autorizado deben presentar la solicitud de apelación en un plazo de diez días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de la apelación de Nivel 1 e indicar que desea continuar recibiendo estos servicios.
- Si el resultado de la revisión externa no es favorable para usted, usted será económicamente responsable por los servicios prestados.

### **Paso 2: El Consejo de Audiencias revisa su apelación de MassHealth (Medicaid).**

- El BOH programará una fecha y hora para su audiencia.
- Los revisores del BOH analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- Si el BOH necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede **tardar hasta 14 días calendario adicionales.**

### **Paso 3: El Consejo de Audiencias le da su respuesta.**

El BOH le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si el BOH acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas después de que recibamos la decisión del BOH o tan pronto como su estado de salud lo requiera.
- **Si el BOH rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que dicho Consejo está de acuerdo con nuestro plan en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

---

**Sección 9.2      Otras apelaciones sobre la cobertura de MassHealth Standard  
(Medicaid)**

Si no está satisfecho con la decisión del BOH, deberá decidir si quiere continuar con la apelación.

- Si no está de acuerdo con la decisión del BOH, existen otros niveles de apelación disponibles, incluso la revisión judicial de la decisión en virtud de la Ley General de Massachusetts.
- Para hacerlo, deberá llenar otro Formulario de solicitud de audiencia imparcial, que recibirá junto con la carta de determinación sobre la apelación y deberá enviarlo por correo o fax a la misma dirección que se indicó anteriormente.
- El aviso por escrito de la decisión que reciba del Consejo de Audiencias incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar otra apelación**. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con el Consejo de Audiencias.

Para solicitar ayuda con las opciones del proceso de apelaciones, llame al Servicio para los inscritos al teléfono 1-877-700-6996 (TRS 711). El horario es de lunes–a viernes, de 8:00 a. m.–a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).

# CAPÍTULO 9

*Cancelación de su membresía  
en el plan*

## **Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>188</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan .....	188
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>188</b>
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía en cualquier momento .....	188
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? .....	189
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>189</b>
Sección 3.1	Cancelación de su membresía .....	189
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>190</b>
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan .....	190
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>NaviCare SCO debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones .....</b>	<b>190</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? .....	190
Sección 5.2	No podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud .....	191
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una reclamación si cancelamos su membresía en nuestro plan .....	191

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

La cancelación de la membresía en NaviCare SCO puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede usted cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede cancelar su membresía en cualquier momento</b>
--------------------	---

Usted puede cancelar su membresía en NaviCare SCO en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede cancelar su membresía?** Usted puede cancelar su membresía en NaviCare SCO en cualquier momento.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?**
  - Usted puede regresar a la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).
  - Puede cambiarse a otro Programa de opciones de atención para personas mayores. Para obtener más información sobre las opciones del plan MassHealth (Medicaid), póngase en contacto con MassOptions (los números de teléfono se encuentran en la Sección 5 del Capítulo 2 de este libro).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

**Nota:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre estos programas de administración de medicamentos.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- También, puede ponerse en contacto con el **Servicio al cliente de MassHealth** al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.
- También puede comunicarse con MassOptions al 1-844-422-6277. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (TRS).

---

## **SECCIÓN 3**      **¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Cancelación de su membresía</b>
--------------------	------------------------------------

Puede cancelar su membresía en nuestro plan de dos maneras:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede comunicarse con el Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-481-2900; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.

---

## **SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--------------------	--

Si deja NaviCare SCO, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de MassHealth (Medicaid) entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Por lo general, si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su cobertura médica nueva).

---

## **SECCIÓN 5 NaviCare SCO debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?</b>
--------------------	--

**NaviCare SCO debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para MassHealth Standard (Medicaid). Si pierde la elegibilidad para MassHealth Standard, NaviCare SCO continuará su membresía durante el resto del mes en el que recibamos aviso 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 usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio para los inscritos para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).
- Si es encarcelado (va a prisión).

- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o si no está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta. Como se indica en la Sección 2.1 del 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 la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica.

### **¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los inscritos** a fin de obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	---

NaviCare SCO no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

### **¿Qué debe hacer si sucede esto?**

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una reclamación si cancelamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

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 reclamación sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 8 del Capítulo 8 para obtener información sobre cómo presentar una reclamación.

# CAPÍTULO 10

*Avisos legales*

**Capítulo 10. Avisos legales**

---

**Capítulo 10. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre leyes vigentes .....</b>	<b>194</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso sobre no discriminación .....</b>	<b>194</b>

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre leyes vigentes**

---

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso sobre no discriminación**

---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado Asequible y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Si usted tiene una reclamación o, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los inscritos puede ayudarle.

# CAPÍTULO 11

*Definiciones de palabras importantes*

## **Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 8 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

**Área de servicio:** es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar la inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF):** servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

**Autorización previa:** la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Auxiliar de atención de la salud en el hogar:** un auxiliar de atención de la salud en el hogar brinda servicios que no necesitan las habilidades del personal de enfermería o los terapeutas titulados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

**Cobertura para medicamentos con receta acreditable:** la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Costo compartido:** los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico, o (3) cualquier monto de “coseguro”, es decir, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de “Costo compartido” mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el

baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas (por ejemplo, usar gotas para los ojos).

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** el plan ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar.

**Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Farmacia de la red:** es una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Hospicio:** una persona inscrita con una expectativa de vida de seis meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará el tratamiento especial para su estado.

**Hospitalización:** una estadía en el hospital es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Indicación médicamente aceptada:** uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**MassHealth (Medicaid) (o Asistencia médica):** un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. 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. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

**Médicamente necesario:** servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de afecciones médicas y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**Medicare:** 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 (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 de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o Medicare Advantage.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

**Período de beneficios:** la manera en que nuestro plan mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención 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:** es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare de costo, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE).

**Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO):** un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por un pago especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

**Plan PACE:** un plan PACE (programa de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de salud para una cobertura de atención médica o para medicamentos con receta. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

**Prótesis y ortóticas:** son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los elementos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; prótesis para miembros; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función, incluidos los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y en algunos casos para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

**Queja:** tipo de reclamación que usted nos presenta a nosotros o a las farmacias, incluida una reclamación relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamación no está relacionada con disputas de cobertura ni de pago.

**Reclamación:** el nombre formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja”. El proceso de reclamaciones se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también la sección “Queja” de esta lista de definiciones.

**Servicio para los inscritos:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos, consulte el Capítulo 2.

**Servicios cubiertos:** el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Servicios de urgencia:** los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

**Subsidio por ingresos bajos (LIS):** consulte “Ayuda adicional”.

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

## Servicio para los inscritos de NaviCare SCO

Método	Servicio para los inscritos: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). El Servicio para los inscritos también tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para aquellos que no hablen español.
<b>TTY</b>	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
<b>FAX</b>	1-508-368-9013
<b>ESCRIBA A</b>	NaviCare Enrollee Services Fallon Health 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://fallonhealth.org/navicare">fallonhealth.org/navicare</a>

## Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE) (SHIP de Massachusetts)

El Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita.

Método	Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-800-243-4636
<b>TTY</b>	1-877-610-0241 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place Boston, MA 02108
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/health-insurance-counseling">www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

**Divulgaciones y declaraciones de la Ley de Reducción de Papel (PRA)** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel 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 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.